BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR FÉLIX BRICHETEAU

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris, Vice-Président de la Société anatomique,
Secrétaire général de la Société médicale d'observation,
Membre de la Société d'hydrologie et de la Société d'anthropologie
Rédacteur en chef.

TOME SOIXANTE-NEUVIÈME.





PARIS

AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1865

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Études physiologiques sur les médicaments cardiaques et vasculaires. Applications à la thérapeutique de l'asthme (1).

Par M. G. Sée, médecin de l'hôpital Beaujon.

MÉDICATIONS DE L'ASTHME CLASSÉES D'APRÈS LA MÉTHODE PHYSIOLOGIQUE. — Chaque poison agissant sur un système ou sur un organe important dans la hiérarchie vitale, ses localisations sont spéciales comme son mode d'action, et l'élimination elle-même se fait par des voies électives. Ce sont ces données acquises à la science qui nous guideront dans l'appréciation des médications de l'asthme.

1re CLASSE. — *Anesthésiques.* — Il est des substances qui paralysent d'une manière primitive ou secondaire les nerfs de la sensibilité. Sous le nom d'anesthésiques, elles figurent dans la thérapeutique de l'asthme, et comprennent : 1° les gaz de combustion du papier nitré; 2° l'acide carbonique qui agit comme excitant avant d'exercer une sédation, et trouvera plus naturellement sa place dans les gaz du sang; 3° le chloroforme.

2e CLASSE. — *Médicaments cardiaques et vasculaires.* — Un grand nombre de substances agissent sur le cœur ou sur ses nerfs; sans parler du sulfocyanure de potassium et de la digitale à haute dose, qui, affectant directement le tissu cardiaque, compromettent immédiatement la vie, nous comptons au nombre des moyens curatifs de l'asthme diverses séries de poisons, qui atteignent les systèmes nerveux du cœur, qu'il importe préalablement de connaître.

(1) Cet article est extrait du tome III du *Nouveau dictionnaire de médecine pratique*, art. ASTHME; ce volume vient de paraître.

L'innervation du cœur comprend trois éléments primordiaux : 1° le principe de son action qui réside dans les ganglions intracardiaques, et particulièrement dans le ganglion placé entre le sinus veineux et l'oreillette droite ; 2° l'élément modérateur ; l'activité des ganglions est contre-balancée ou réglée par le nerf vague, qui doit être considéré comme un nerf modérateur, car si on vient à l'exciter, au lieu d'augmenter le nombre des pulsations comme le ferait un nerf moteur, il arrête le cœur en relâchant son tissu musculaire ; c'est au contraire la section du nerf qui précipite les pulsations d'une manière démesurée ; le nerf vague est donc une sorte de frein, dont la suppression donne libre cours à l'impulsion émanée des ganglions ; 3° le centre cardio-spinal. Le bulbe et la moelle cervicale contiennent des centres accessoires dont l'excitation fait contracter les vaisseaux et augmenter les contractions du cœur (voir nos Leçons sur l'innervation du cœur. Paris, 1865). L'intermédiaire de ces centres et du cœur, est le nerf grand sympathique, qui n'est qu'un nerf de transmission.

A. *Auxiliaires de l'innervation vasculaire et du centre cardio-spinal.* — Parmi les poisons cardiaques, il en est qui excitent fortement les vaisseaux, et, par conséquent, le centre accessoire du cœur ; si la contraction vasculaire atteint les artérioles du cordon encéphalo-rachidien, cet organe subit une sorte d'anémie locale, qui se traduit par une diminution de la sensibilité et une véritable sédation générale.

Le bromure de potassium, dont j'ai cherché à utiliser les propriétés calmantes dans le traitement de l'asthme, peut servir de type à cette classe de médicaments.

B. *Modificateurs des nerfs vasculaires et pneumogastriques.* — La nicotine et le principe actif de la lobélia, qui ressemble de tous points à la nicotine, modifient profondément et les centres vasculaires et le système modérateur du cœur.

La belladone et le datura participent à la fois des propriétés du bromure et de la nicotine.

Il est, en outre, des médicaments qui abaissent l'action du cœur sans le paralyser : le tartre stibié et l'ipéca, à dose nauséeuse, produisent cette dépression de la circulation, au milieu d'un collapsus général.

C. *Excitants des ganglions cardiaques.* — La caféine, la théine, l'alcool, déterminent au contraire une excitation des nerfs et ganglions automoteurs, et, par conséquent, augmentent le nombre et l'énergie des pulsations.

3e CLASSE. — Poisons soporifères et tétaniques : opium.

4e CLASSE. — Poisons des nerfs moteurs et des muscles : ammoniaque.

5e CLASSE. — Modificateurs de la nutrition des tissus : arsenic à petite dose, iode et iodure de potassium.

6e CLASSE. — Gaz du sang : oxygène, air comprimé, air raréfié, azote, acide carbonique.

7e CLASSE. — *Modificateurs des épithéliums et des sécrétions :* alcalins, soufre, antimoine, térébenthine.

8e CLASSE. — *Modificateurs complexes :* eaux minérales et bains d'eaux thermales, aspiration de liquides pulvérisés, cures de petit-lait, hydrothérapie, irritations de la peau.

Intervalles entre l'absorption et l'action des médicaments. — Une confusion regrettable règne en médecine entre l'absorption et la localisation des remèdes. Quelle que soit leur voie d'introduction, ils pénètrent dans le sang, mais leur présence dans ce milieu intérieur, ainsi que l'appelle Bernard, ne suffit pas pour faire naître l'action physiologique. La condition essentielle, c'est leur localisation ; or, avant qu'ils n'atteignent, qu'ils n'imprègnent les tissus ou les organes électifs, et ne produisent les bienfaits annoncés par le médecin, il se passe souvent un temps assez long, qui varie depuis deux heures jusqu'à vingt-quatre et même trente-six heures ; il se peut même que le poison se montre déjà dans les liquides excrétés, quand il n'existe encore aucun signe de manifestation thérapeutique. Bernard injecte dans une anse d'intestin une solution de cyanoferrure de potassium, mélangée au curare ; au bout de quelques minutes le sel est retrouvé dans l'urine, tandis que longtemps après il n'était encore survenu aucun symptôme d'empoisonnement.

En général, les poisons du cœur et des vaisseaux, le bromure de potassium, la belladone, après une impression première qui se traduit parfois par de l'excitation, ne réussissent à calmer qu'au bout de six à dix heures. Il en est de même de l'opium; aussi faut-il avoir le soin de le prescrire en temps opportun, pour que le sommeil ou la sédation puissent coïncider avec l'heure habituelle des accès de douleurs, ou d'excitation qu'on cherche à calmer. De même, si on veut faire cesser une toux nocturne ou une dyspnée asthmatique, il faut que la prescription soit exécutée entre deux et huit heures du soir ; sinon, au lieu du calme de la nuit, il se manifeste un engourdissement dans la matinée du lendemain. La digitale est plus lente encore dans son action.

1re CLASSE : **Anesthésiques.** — Sous ce nom on confond toutes

les substances qui ont la propriété de diminuer ou d'éteindre la sensibilité. Mais cette faculté est tantôt primitive, le poison portant son action sur les nerfs de la sensibilité, tantôt consécutive à l'action de l'encéphale ou de la moelle, tantôt, enfin, au trouble ou même à l'arrêt de la respiration et de la circulation.

Parmi les médicaments anesthésiques employés dans l'asthme, je ne trouve que : 1° les gaz de la combustion du papier nitré; 2° l'acide carbonique; 3° le chloroforme type des anesthésiques.

Ozanam a posé en principe que les anesthésiques agissent surtout sous forme de produits volatils, en raison directe de la quantité de carbone combinée, soit avec l'oxygène, soit avec l'hydrogène, etc. L'acide carbonique serait le type de ce genre. Or, c'est précisément celui qui est le plus contesté. Lallemand, Perrin et Duroy ont démontré que les substances qui n'atteignent pas directement le système nerveux sont des pseudo-anesthésiques. Comme l'acide carbonique porte son action primitive sur le sang et sur le cœur, il doit être déclassé. Le chloroforme présente lui-même des actions variables, et on est loin d'être d'accord sur sa localisation initiale.

a. Gaz de combustion du papier nitré. — Les fumigations de papier nitré constituent un des moyens les plus simples et des plus actifs de soulagement. Depuis longtemps, l'empirisme combattait la dyspnée par la combustion de l'amadou nitré; la médecine américaine s'empara de cette donnée, et, en 1843, le docteur Nicolas Frisi, qui avait eu connaissance de ce remède par la lecture des journaux, en fit l'application la plus heureuse. Lefèvre, et surtout Viaud-Grandmarais, que j'ai été à même de conseiller dans ses remarquables études, en firent l'objet de recherches suivies qui furent complétées et pleinement vérifiées par Letenneur, Chaillery, Trousseau, Favrot, Théry en France, par Salter en Angleterre, par Fiber, Waldburg, etc., en Allemagne.

Préparation. — La feuille nitrée est préparée avec du papier à filtre, qui a l'avantage de conserver toute sa porosité; il doit être assez épais pour ne pas brûler trop vite, et imprégné d'une solution concentrée de nitrate de potasse; toutefois, si la quantité de nitre dépasse 30 grammes pour une carte de 270 pouces carrés, le sel empêche la combustion du papier, c'est-à-dire de la cellulose, qui est aussi indispensable que le nitre lui-même.

Ces cartes, découpées en feuillets, laissent dégager par la combustion une fumée épaisse, blanchâtre, que le malade respire librement à une petite distance. Favrot se sert d'amadou nitré.

Résultats thérapeutiques. — Les résultats de cette combustion sont ordinairement un prompt soulagement qui, en général, n'est cependant pas de longue durée. D'après Salter, au contraire, l'accès peut être enrayé immédiatement et complétement; et à l'appui de cette donnée, il cite trois cas tout à fait péremptoires. Lorsqu'en effet la fumigation est pratiquée lors de l'imminence ou du début de la dyspnée, l'accès est arrêté, ou il diminue singulièrement d'intensité (Waldburg). Lorsqu'au contraire, on l'emploie au plus fort du paroxysme, l'inhalation ne produit ordinairement qu'une amélioration temporaire; enfin, dans les intervalles, il est sans action pour prévenir le retour des accès. En général, il suffit comme moyen préventif immédiat, ou comme moyen palliatif; c'est à ce titre qu'un grand nombre d'asthmatiques s'en louent, au point d'en être constamment munis.

Analyse physiologique. — Ces résultats empiriques étant acquis, il s'agit de déterminer les éléments actifs du produit de combustion. C'est à l'expérimentation à décider entre les divers gaz, à savoir, l'oxygène, le protoxyde d'azote (Waldburg), un composé ammoniacal (Viaud), l'acide carbonique, ou bien enfin, les particules de charbon et de nitre (Martius).

La fumée dite nitrée n'a aucune des propriétés des mélanges riches en oxygène, elle n'active pas la combustion, et le phosphore ne produit pas dans ce résidu gazeux une sensible diminution de volume; l'oxygène se combine avec le carbone pour former l'acide carbonique.

La présence du protoxyde d'azote semble plus probable; son action se traduit ainsi : ivresse anesthésique, quelquefois accompagnée de sensations agréables (Humphry Davy, Gmelin); plus souvent, faiblesse progressivement croissante jusqu'à la syncope, avec ou sans anxiété (Thénard, Vauquelin, Proust); constamment des troubles de la vue, de l'ouïe. Ce gaz agit donc comme anesthésique, et c'est comme tel que, déjà en 1844, Horace Wels, de Boston, l'employa avant la découverte de l'éther; en même temps il agit comme moyen dépressif, et la syncope ainsi que le collapsus qui en résultent présentent en définitive avec les effets du chloroforme la plus grande analogie, qui détermine dans le traitement des accès les mêmes avantages immédiats, temporaires.

Le produit qu'il faut prendre en considération, d'après Viaud, ce n'est pas le protoxyde d'azote, mais un composé ammoniacal résultant de la combustion de la cellulose ($C^{12}H^{10}O^{34}$), au contact du nitrate de potasse ($KOAzO^3$). L'hydrogène et l'azote naissant forment de

l'ammoniaque; l'azote se trouve, en outre, en rapport avec les hydrocarbures en voie de formation, et donne ainsi lieu à des ammoniaques composées, qui se rapprocheraient de l'aniline (Viaud). Mais l'aniline est un poison musculaire des plus énergiques (Ollivier et Bergeron).

Enfin, d'après Martius, aucun de ces gaz n'existe dans la fumée nitrée; le protoxyde d'azote n'y trouve pas ses conditions de développement; l'ammoniaque se transforme à l'air en acide nitreux, la réaction alcaline provenant uniquement de la potasse du nitre. L'analyse donne, sur 100 volumes de gaz : 0,5 d'oxygène, 52,7 d'acide carbonique, 3,9 d'oxyde de carbone, 1,2 d'hydrogène, et 41,1 d'azote. C'est à l'acide carbonique, mêlé avec des particules de potasse, que Martius rapporte les propriétés thérapeutiques du papier nitré. On connaît l'action anesthésique de l'acide carbonique; quant à la potasse, elle agit comme le carbonate de soude, dont nous parlerons plus tard; elle modifie les épithéliums et ramollit l'exsudat muqueux, de manière à en faciliter l'expectoration.

Au résumé, qu'on attribue l'action physiologique au protoxyde d'azote ou à l'acide carbonique, ce qui domine, c'est la propriété anesthésique; mais il faut tenir compte aussi des particules suspendues dans l'atmosphère, c'est-à-dire de la potasse et de la poussière de charbon, car il est à noter que quelques asthmatiques respirent mieux dans un air *enfumé*.

Chloroforme. — *Indications thérapeutiques*. — Le chloroforme a été préconisé en France par Laloy et en Angleterre par Salter, qui lui attribue des résultats merveilleux, dans le traitement de l'asthme simple et même de l'asthme catarrhal. Son action est d'autant plus sûre et prompte qu'on l'administre plus près du début de l'accès. Mais d'autres médecins furent moins heureux que Salter. L'accès n'est jamais supprimé par ce moyen, au dire de Walshe; le plus ordinairement, la dyspnée reparaît dès que le malade sort du narcotisme chloroformique; et souvent elle ne rétrograde alors que très-lentement.

Dans les paroxysmes intenses avec cyanose et menace de suffocation, le chloroforme peut même présenter de véritables dangers (Todd). Le mieux est donc de se borner, s'il y a des signes précurseurs de l'accès, à l'employer dès l'apparition de ces phénomènes. En aucun cas l'inhalation ne doit être confiée au malade, car le sommeil artificiel peut arriver au point que l'asthmatique ne puisse plus s'aider, et l'action du remède se continuant, la mort en serait le résultat, ainsi que Todd en a vu un exemple.

Effets physiologiques. — La physiologie, malgré les nombreux travaux dont le chloroforme a été l'objet, n'a pas encore décidé la question de savoir s'il agit sur le sang directement (Faure) ou sur les centres nerveux (Flourens), ou sur les nerfs périphériques, ou sur le cœur. Un débat contradictoire serait déplacé en présence des essais incomplets de la thérapeutique.

2e CLASSE : **Médicaments cardiaques et vasculaires.** — A. AUXILIAIRES DE L'INNERVATION VASCULAIRE ET DU CENTRE CARDIO-SPINAL. — *Bromure.* — *Effets physiologiques; anesthésie locale.* — Le brome jouit de propriétés anesthésiques qui ont été utilisées par Ricord, Puche, Rames et Huette, Thielman et Debout pour obtenir l'insensibilité de l'urètre et l'anaphrodisie; par Gosselin pour éviter l'excitation du voile palatin; mais cette anesthésie n'est ni limitée ni primitive.

Diminution de l'irritabilité de la moelle. — Déjà, en 1853, Brown-Séquard avait remarqué les effets du bromure de potassium sur les nerfs vaso-moteurs. Les vaisseaux artériels, soit de la périphérie, soit des centres nerveux, subissent une contraction manifeste; de là il résulte une oligaimie topique de l'encéphale et de la moelle et consécutivement une diminution de l'irritabilité de cet organe. Cette action sédative appliquée au traitement de l'épilepsie par Locok, Brown-Séquard, Radcliffe, Robert Mac-Donnell, donna des résultats extrêmement favorables que j'ai pu vérifier dans dix cas de ce genre, depuis sept ans que j'emploie ce remède. Généralisant cette donnée, Brown-Séquard traita de la même façon les convulsions causées par la *myélite*, la *méningite* ou la congestion, mais ici les lésions sont plus complexes, plus persistantes, et les effets manifestement amoindris.

Diminution de la sensibilité générale et des spasmes. — La diminution d'activité des centres nerveux était un fait acquis à la science; Gubler en déduisit de nouvelles applications. L'anesthésie, dit avec raison notre distingué collègue, ne se borne pas aux muqueuses du gosier et aux organes génitaux, la sensibilité *générale* subit une diminution incontestable, en même temps on constate l'apaisement de divers phénomènes *spasmodiques* ayant pour siége les organes de la déglutition et l'appareil respiratoire; de là les résultats les plus avantageux dans la curation de la dysphagie douloureuse, des angines, de l'œsophagisme, des toux quinteuses et spasmodiques, essentielles ou symptomatiques.

Action hypnotique. — L'encéphale participe lui-même à la sédation générale; le bromure produit un sommeil calme, et cette pro-

priété, déjà soupçonnée par Brown-Séquard, a été parfaitement démontrée par Debout et Behrend; l'oligaimie cérébrale due à la contraction des vaisseaux peut facilement en rendre compte.

Action du bromure sur les dyspnées. — Ces effets sédatifs sur les centres nerveux encéphalique, bulbaire et cardio-spinal m'ont conduit à tenter l'emploi du bromure dans le traitement de la dyspnée asthmatique.

Obs. I. Une femme âgée de trente-quatre ans était traitée dans mon service pour un asthme nerveux dont les accès se répétaient toutes les nuits avec une intensité croissante; pendant le jour, l'oppression diminuait sans disparaître, le poumon présentait une sonorité atympanique et des râles sibilants. On employa successivement les fumigations de papier nitré, l'arsenic, la belladone, le datura stramonium; le papier nitré produisait d'abord un peu de soulagement, les autres remèdes étaient restés sans effet. Au bout de quatre mois de traitement inutile, je prescrivis le bromure de potassium à la dose de 1 gramme 1/2 à 2 grammes par jour; après quarante-huit heures la respiration redevint plus libre, les paroxysmes nocturnes disparurent complétement, et la malade resta encore un mois à l'hôpital sans présenter aucune trace de dyspnée, ni aucun phénomène nerveux.

Obs. II. Un ancien officier âgé de cinquante-huit ans était affecté depuis deux ans d'une dyspnée asthmatique; les accès se manifestaient principalement la nuit, mais souvent aussi pendant le jour, avec une intensité telle, que tout mouvement devenait impossible. Je le vis au milieu d'un paroxysme d'orthopnée; le murmure respiratoire s'entendait à peine, la sibilance occupait tout le poumon, qui était le siége d'un emphysème très-prononcé. Au bout de quatre jours de traitement à l'aide du bromure de potassium et des cigarettes nitrées, le malade put se livrer à la marche et entreprendre un petit voyage. Depuis deux mois qu'il fait usage des mêmes moyens, la respiration continue à se faire librement, bien qu'il reste encore quelques râles à la base du thorax.

Obs. III. Un pharmacien des plus distingués, asthmatique depuis quatre ou cinq ans, me consulta il y a quatre mois : les accès d'oppression se manifestaient par séries pendant lesquelles la respiration ne se dégageait pas entièrement; la dyspnée était intense, et accompagnée de catarrhe bronchique; les attaques duraient depuis quatre jours et se répétaient toutes les trois à quatre semaines. Sous l'influence du bromure, l'oppression perdit son caractère excitatif et ne reparut plus qu'à l'occasion du catarrhe, l'asthme devint catarrhal.

Résumé. — Dans ces divers cas (auxquels je pourrais ajouter l'histoire de deux malades encore en traitement), l'élément dyspnéique fut manifestement influencé d'une manière favorable ; les accès perdirent leur intensité et disparurent entièrement ; l'élément catarrhal ne me parut pas subir de modification notable. Le brome paraît donc indiqué dans l'asthme irritatif plus que dans l'asthme humide, et quel que soit le point de départ de la dyspnée. Après avoir éloigné les causes d'excitation, les poussières irritantes, après avoir placé le malade dans une localité dont l'air soit condensé, on prescrit le bromure pendant le jour à la dose de 2 à 4 grammes, et les fumigations nitrées, au moment du paroxysme.

Mode d'action. — Par cela même que la sédation porte sur le système respiratoire, on est en droit de supposer que le brome agit sur le nœud vital, soit seul, soit en même temps sur le nerf pneumogastrique qui en dérive. Nous savons par les expériences de Küthe que lorsque l'on prive les origines du nerf vague du sang artériel, il en résulte une série de phénomènes très-analogues à ceux de la paralysie du nerf ; or, le brome détermine une contraction des vaisseaux du bulbe, c'est-à-dire une oligaimie du centre du nerf vague, et par conséquent une paralysie, qui se traduit par un ralentissement du nombre des respirations et l'énergie plus efficace des mouvements inspiratoires. En un mot, on abrége la durée de la phase initiale de l'accès, je veux dire de la période d'excitation, pour arriver plus rapidement à la période paralytique, qui se traduit, comme l'on sait, par des respirations rares, profondes, et en même temps par la sécrétion bronchique et l'emphysème.

Si cette doctrine est exacte, on comprend pourquoi le bromure est sans effet *direct* sur le catarrhe, et présente, au contraire, une incontestable utilité pour combattre l'oppression tétaniforme, résultats pleinement confirmés par mes collègues Frémy et Moutard-Martin.

Dans certaines dyspnées cardiaques qui resteraient à préciser, j'ai observé également des effets favorables qui me paraissent devoir s'expliquer par le même mécanisme.

B. Modificateurs des nerfs vasculaires et pneumogastriques. — a. *Nicotine.* — *Effets physiologiques.* — Les expériences sur les poisons du cœur ont démontré que les uns ont, comme la digitale, une action cumulative, chaque dose ajoutant ses effets à ceux de la précédente ; les autres présentent au contraire une sorte d'immunité contre eux-mêmes ; la nicotine à la dose de trois gouttes produit ordinairement des phénomènes toxiques, mais lors d'une

deuxième tentative, cinq gouttes, au moins, sont nécessaires pour déterminer le même degré d'empoisonnement. C'est ce qui ressort clairement des indications de Bernard et des expériences de Traube. Cette sorte d'accoutumance expérimentale si manifeste et si prompte à l'usage de la nicotine nous explique la nécessité de prescrire au fumeur, pour obtenir un effet identique, une dose infiniment plus considérable qu'aux autres malades.

A dose faible, la nicotine produit une accélération très-marquée du nombre des respirations, qui deviennent très-larges, en même temps les contractions du cœur augmentent d'énergie et parfois de fréquence. Ces actions se produisent par l'intermédiaire du nerf vague, car, après la section du nerf, l'empoisonnement ne produit plus rien de semblable (Bernard).

L'intoxication par *une dose forte* présente deux périodes : l'excitation et la paralysie, qui atteignent le cœur, les nerfs vaso-moteurs, les centres nerveux.

Cœur et vaisseaux. — Le cœur s'arrête pendant une demi-minute ou plus, quelquefois incomplétement et toujours en diastole; mais si on injecte préalablement assez de curare pour annihiler l'action du nerf vague, le cœur continue à battre (Traube). L'arrêt des pulsations a donc lieu par l'empoisonnement du nerf vague dans sa portion périphérique; c'est donc une excitation du nerf modérateur qui se produit tout d'abord : le tissu du cœur n'est pas lésé directement.

Bientôt après le cœur recommence à battre plus vite que d'ordinaire, il semble que l'organe soit surexcité ; il n'en est rien : cette accélération dépend en grande partie de la paralysie du nerf modérateur, car si on vient alors à exciter ce nerf, on ne peut plus arrêter les battements comme dans l'état normal (Rosenthal).

Le nerf *frénateur* est donc supprimé, et par conséquent le système musculo-moteur est livré à lui-même, de sorte que les battements acquièrent une fréquence inusitée.

Les nerfs vaso-moteurs suivent les mêmes phases d'excitation et de paralysie; les vaisseaux sont d'abord contractés exactement comme par la galvanisation du grand sympathique (Bernard); la tension du sang artériel subit en effet une augmentation marquée, et c'est ce qui explique la diurèse qu'on observe parfois; d'une autre part, les muscles, ne recevant plus une quantité suffisante de sang artériel, subissent une rigidité convulsive (Bernard).

Plus tard les vaisseaux se relâchent et se dilatent (Rosenthal), le tétanos cesse et cède la place à une débilité excessive avec tremble-

ment fibrillaire des muscles, qui est porté au point que les animaux s'affaissent sur eux-mêmes.

La respiration, d'abord précipitée, ne tarde pas à se ralentir à son tour ; enfin, au milieu de ces excitations et de ces paralysies, on distingue souvent un état nauséeux ou des vomissements.

Ainsi l'action de la nicotine se traduit sur le nerf vague, qui est à la fois modérateur du cœur et l'auxiliaire de la respiration ; le bulbe qui donne naissance à ce nerf, et la moelle, foyers principaux des nerfs vaso-moteurs, se trouvent d'abord dans un état d'excitation qui explique tous les phénomènes : le ralentissement du cœur, l'accélération des mouvements respiratoires, les nausées, les convulsions, etc.

Indications thérapeutiques. — Le tabac doit être employé jusqu'à produire le calme, et cet effet s'annonce ordinairement par l'état nauséeux. Une dose modérée suffit pour réfréner l'action du cœur, stimuler l'énergie des muscles respirateurs, et la profondeur des *inspirations ;* si on dépasse cette première phase, les accidents de dépression surviennent ; le collapsus qui en résulte peut encore avoir des avantages, mais on n'en connaît pas les limites, et Salter, sans se rendre compte des deux séries d'effets physiologiques, avait déjà pressenti les dangers des doses élevées. A l'aide de ces précautions le tabac modère souvent les accès et quelquefois même parvient à en prévenir le développement.

b. La *lobelia inflata*, qui en Amérique porte le nom d'*asthma-weed,* a été importée en Europe par John Andrew, puis étudiée en Angleterre par Elliotsons en 1833.

Dose et mode d'administration. — Les expériences ultérieures des praticiens anglais furent sans résultat, parce qu'ils ne la donnaient qu'à la dose de 0gr,75 à 1gr,50 par jour, tandis que les Américains prescrivaient 8 grammes toutes les deux ou trois heures ; mais à pareille dose la lobélie détermine les mêmes effets, le même collapsus que le tabac. C'est pourquoi Elliotson recommande la teinture à petites doses progressives. Quelques gouttes suffisent parfois pour déterminer du malaise, tandis que d'autres fois la dose peut être élevée sans inconvénient à 90 gouttes. Un médecin prit toutes les heures 50, puis 75 gouttes, et au bout de quarante-huit heures, à la suite d'un léger degré d'affaissement, qui se dissipa par l'ammoniaque, il fut guéri définitivement. Eisenman met en doute la nature de cette dyspnée qui dura trois jours sans interruption et cessa pour toujours.

Trousseau recommande la teinture, 5 à 25 gouttes, trois à quatre

fois par jour, ou l'infusion à la dose de 1 à 4 grammes pour 1 litre d'eau bouillante; Barailler, 5 à 40 gouttes par jour; Ornstein, 10 à 15 gouttes toutes les deux heures.

Propriétés physiologiques. — La *lobelia inflata* doit son activité à un alcaloïde volatil, la lobéline, qui présente avec la nicotine la plus grande analogie.

A la dose de 40 gouttes elle produit, outre la dysphagie, le resserrement de la poitrine et du larynx, une véritable difficulté de respirer, avec irrégularités des battements du cœur, ralentissement du pouls, dilatation des pupilles et sentiment de stupeur; puis, comme phénomènes secondaires, la flaccidité des muscles, les troubles digestifs (Barailler).

Résultats thérapeutiques. — Les résultats contradictoires obtenus par ce remède ne peuvent s'expliquer que par les effets opposés des diverses doses.

B'. Auxiliaires des nerfs vasculaires et pneumogastriques; modérateurs de la sensibilité et du mouvement. — *Datura stramonium.* — *Belladone.* — *Jusquiame.* — Ce groupe de poisons excite les muscles vasculaires et les nerfs régulateurs du cœur; il en résulte un ralentissement des pulsations, une diminution de l'action de la moelle, et finalement une semi-paralysie de la sensibilité. C'est l'atropine, principe actif de la belladone, qui a servi de type à l'étude physiologique; c'est le datura qui présente les effets thérapeutiques les plus authentiques.

a. *Belladone.* — *Effets physiologiques de l'atropine.* — La belladone ou l'atropine, qui en représente le principe essentiel, agit sur les systèmes nerveux sensitif, moteur, cardiaque et vasculaire d'une manière très-diverse, et souvent opposée.

Cœur et vaisseaux. — Elle excite fortement les vaisseaux sanguins, spécialement ceux de la moelle épinière, d'où il résulte qu'elle diminue la quantité de sang dans le canal vertébral, et produit par là une diminution relative des propriétés vitales de la moelle et de ses nerfs (B. Séquard).

C'est à cette oligaimie de la moelle qu'il faudrait attribuer le ralentissement de l'action du cœur et du pouls, la faiblesse des pulsations, et surtout l'abaissement très-marqué, quoique passager, de la pression du sang, tous phénomènes qu'on observe après les doses faibles (Botkin). Le resserrement initial des vaisseaux peut contribuer pour sa part à l'affaiblissement cardiaque, qui est incontestable, car le visage devient livide, injecté, et l'œil congestionné, tandis que la respiration devient plus rapide, souvent irrégulière et stertoreuse.

Nerfs moteurs et muscles. — Un des effets les plus remarquables de la belladone, c'est la dilatation de la pupille, le relâchement des sphincters de la vessie et du rectum. L'ouverture pupillaire s'agrandit, par suite de la contraction du muscle dilatateur, qui est excité par le grand sympathique ; il ne s'agit pas d'une paralysie du muscle constricteur, c'est-à-dire du nerf oculo-moteur qui l'anime, car on peut couper ce nerf, et la dilatation n'en continue pas moins.

Les sphincters, au contraire, semblent se paralyser ; les muscles du pharynx et du larynx s'affaiblissent, la gorge se sèche, la voix devient faible ; les muscles de la volonté finissent par perdre eux-mêmes leur énergie, et la marche devient titubante. Faut-il rattacher ces paralysies à la faiblesse de l'influx de la moelle, ou bien à l'intoxication directe des nerfs moteurs ? La question est en litige. Cependant l'induction a passé par-dessus la difficulté, et on s'est hâté de prescrire la belladone indistinctement dans toutes les affections dites spasmodiques, particulièrement dans l'asthme ; mais rien n'est moins démontré que le spasme bronchique, si ce n'est l'action paralysante de la belladone sur les fibres musculaires lisses des dernières bronches.

Nerfs sensitifs. — La sensibilité s'amoindrit rapidement sous l'influence de la belladone, et bien avant qu'il se manifeste des troubles encéphaliques : c'est à cette propriété, ainsi qu'à l'affaiblissement de l'action de la moelle, qu'il faut rapporter les effets favorables de la belladone dans le traitement de l'asthme.

Sous l'influence d'une dose forte ou toxique, les troubles fonctionnels subissent de nouvelles phases qui ne s'appliquent pas à la thérapeutique des dyspnées.

Au résumé, la belladone excite, comme le bromure et la nicotine, les muscles vasculaires ; c'est là leur seul point de contact. La nicotine et la belladone excitent en outre les nerfs régulateurs du cœur ; mais la nicotine tétanise les muscles, la belladone les relâche, particulièrement les sphincters ; le brome produit plutôt une faiblesse générale du système.

La nicotine ne diminue la sensibilité qu'à dose toxique ; la belladone et le bromure produisent cet effet même à dose médicamenteuse.

Effets thérapeutiques. — La belladone, dans le traitement de l'asthme, est employée sous la même forme que le datura, c'est-à-dire en fumigations ou à l'intérieur ; le principe actif de la plante réside surtout dans les semences et la racine, qu'on prescrit à la dose de 1 à 3 centigrammes, qui suffisent pour produire des phé-

nomènes très-prononcés, de sorte qu'on est rarement obligé d'élever la dose à 4 ou 5 centigrammes (Hirtz). Mais les effets curatifs sont bien moins marqués que ceux des diverses espèces de datura.

b. *Des diverses espèces de datura.* — De tous les poisons cardiaco-vasculaires, c'est le genre datura qui jouit de l'efficacité la plus incontestée.

Préparations fumigatoires et extractives. — C'est surtout sous la forme fumigatoire que ces plantes ont été prescrites, ce qui semble faire croire qu'elles contiennent des corps volatils doués d'une activité physiologique; cependant, il n'en est rien : contrairement à la nicotine qui est volatile, les alcaloïdes qui représentent les propriétés des autres solanées, ainsi l'atropine, la daturine, ne se vaporisent que très-difficilement; la chaleur en transforme la majeure partie en corps indéterminés; l'analyse chimique elle-même ne donne que des produits de dérivation et de transition mal définis. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est l'identité chimique de ces deux bases organiques (Planta) et l'analogie de leur action physiologique.

Ordinairement on fume les feuilles de datura desséchées ou mêlées avec de la sauge, dans une pipe ou en cigarette; les feuilles peuvent aussi être incorporées dans le carton nitré.

Mais il est des malades qui ne supportent pas les produits de combustion, quel que soit le procédé de fumigation; le datura devra alors être administré par les voies digestives sous la forme d'extrait, soit en pilules, soit en potion. L'effet est plus tardif, mais n'en présente pas moins des avantages réels.

Les diverses espèces de datura ont été utilisées tour à tour. Le datura métel était le remède populaire dans les Indes Orientales, lorsque le docteur Anderson, médecin à Madras, en recommanda l'usage; il en remit au général Gent, qui, en 1802, l'importa en Europe et en abusa. Depuis les expériences de Sims, Christie, Gooch, Anderson, Scripton, c'est le datura stramonium qui a été vulgarisé dans le traitement de l'asthme. Enfin, récemment, on a appelé l'attention sur les propriétés du datura tatula, que Meagh considère cependant comme doué de propriétés moins narcotiques.

De même que pour le tabac, la dose de datura doit être sévèrement indiquée. Le malade qui est sans cesse tenté d'abuser de ces remèdes, au risque même d'en voir les effets s'épuiser promptement, ne devra pas fumer plus de deux à trois cigarettes, et cela seulement au moment de l'accès. Plus tard, comme la tolérance tend à s'établir, une dose un peu plus élevée ne produira cependant pas les effets toxiques de la deuxième période.

Une autre question se présente relativement à l'accoutumance du tabac ; Trousseau prétend que le datura ne soulage pas les fumeurs ; mais rien ne démontre que de ces deux principes, à savoir la nicotine et la daturine, l'un puisse neutraliser l'action de l'autre. Dans les recherches de Traube, je n'ai trouvé que l'acide carbonique qui puisse contre-balancer l'effet de la nicotine sur les nerfs modérateurs du cœur.

Indications et résultats thérapeutiques du datura. — De tous les remèdes antiasthmatiques, c'est celui qui réussit habituellement le mieux (Trousseau), mais ce n'est pas là une règle absolue. Robert Bree, sur quatre-vingt-deux essais, compte quarante-huit améliorations et trente-quatre insuccès.

C'est pendant les prodromes de l'accès qu'il faut surtout y avoir recours ; la dyspnée diminue alors rapidement d'intensité, souvent elle cesse entièrement ; dans l'intervalle des paroxysmes, son action est beaucoup moins certaine.

c. *Jusquiame.* — *Haschisch.* — *Aconit.* — La jusquiame peut, jusqu'à un certain point, remplir les mêmes offices que le datura, et tel malade qui ne bénéficie pas de la stramoine ou de la belladone se trouve bien de les remplacer par la jusquiame ou l'aconit. L'hyosciamine se retrouve surtout dans les semences.

B''. Moyens dépressifs de l'action cardiaque et vasculaire. — a. *Émétique.* — *Indications thérapeutiques.* — L'émétique au début de l'accès peut, en déterminant des vomissements ou l'état nauséeux, enrayer ou diminuer l'accès ; il est des malades qui recourent à ce moyen avec succès. Quel est son mode d'action ? Ce ne peut être en débarrassant les bronches des mucosités, car celles-ci ne sont pas encore fluidifiées ; c'est donc en agissant sur le système nerveux.

Effets physiologiques du tartre stibié. — Le tartre stibié, dont les effets physiologiques ont été si bien étudiés par Pécholier, en France, et par Akerman, en Allemagne, détermine constamment, après une période d'excitation qui ne dépasse pas quinze à vingt minutes, une série de phénomènes dépressifs caractérisés par le ralentissement du pouls, qui tombe de vingt à vingt-cinq pulsations, par une dose de 0gr,05 à 0gr,10, et quelquefois de plus de cent pulsations après une dose de 1 gramme. La pression du sang diminue sensiblement (Akerman) ; l'action du cœur s'affaiblit, les respirations se ralentissent d'une manière proportionnée aux contractions du cœur (Pécholier) ; la chaleur animale s'abaisse de 1 à 2 et même 3 degrés (Demarquay) ; enfin, il survient un collapsus évident

dans les fonctions du système nerveux. C'est cet état, qui dure trois à quatre heures, qu'on utilise le plus souvent en médecine ; il est suivi d'une période de réaction fébrile, souvent grave.

b. *Ipéca.* — *Effets physiologiques.* — L'ipécacuanha produit comme l'émétique un collapsus musculaire, mais qui se manifeste plus vite, s'étend plus sûrement aux nerfs sensitifs, et disparaît plus rapidement, sans donner lieu d'ailleurs ni à la période réactive si dangereuse, ni aux lésions si graves des intestins, ni à la congestion du poumon, qu'on observe à la suite de l'empoisonnement antimonial ; mais, d'une autre part, la racine du Brésil lèse plus profondément la fonction glycogénique du foie.

Effets thérapeutiques. — Moins dangereux que l'émétique, l'ipéca semble donc, au point de vue thérapeutique, devoir être préférable ; mais il faut se rappeler l'influence fâcheuse de la poudre d'ipéca sur certains malades.

C. Excitants des ganglions nervo-moteurs. — *Café.* — *Effets physiologiques du café et de la caféine.* — Le café doit son action à la caféine, au tannin qui diminue par la torréfaction, et à une substance aromatique qui se développe alors en proportion inverse du tannin.

La caféine, d'après Lehmann, Lichtenfels, Frölich, Voït, etc., agit sur l'organisme de deux façons : en augmentant l'activité du système nerveux et vasculaire, en ralentissant le mouvement de décomposition des éléments organiques.

1° Excitation du système nerveux. — Un des premiers effets de l'infusion du café, ou bien de l'injection de la caféine (0,20 à 0,40) dans le tissu cellulaire des animaux, c'est la surexcitation générale. Les battements du cœur, après quelques minutes, sont déjà notablement augmentés ; le pouls chez le lapin monte de 160 à 180 et même 240, et cette accélération dure plusieurs heures.

Chez l'homme, la circulation s'active, que le café soit pris à jeun ou après le repas ; après 20 à 30 minutes, le pouls augmente de 9 à 10 pulsations ; un peu moins cependant lorsqu'on prend l'infusion le soir. Au bout de trois à quatre heures, le cours du sang redevient normal (Lichtenfels). Mais auparavant, la température s'est élevée de trois dixièmes. La respiration augmente légèrement ou conserve son type normal, à moins que la dose ne soit considérable ; on la voit alors se ralentir sensiblement. En même temps l'activité cérébrale est augmentée et le sommeil interrompu ou retardé ; le système musculaire devient le siége de tremblements ; les fibres de l'intestin et le sphincter de la vessie se contractent plus fré-

quemment ; à dose plus élevée, il survient des convulsions violentes.

2° Le mouvement moléculaire de décomposition se ralentit manifestement : ce qui le prouve, c'est que l'urée qui présente les déchets des tissus diminue constamment (Voït). Si l'acide carbonique est exhalé en plus grande quantité, ce n'est pas là le signe d'une transformation plus rapide des tissus ; mais, grâce à l'énergie de la respiration, le gaz carbonique du sang s'élimine plus facilement. Le café doit donc être considéré comme un moyen d'épargne des tissus, et non comme un aliment.

Indications thérapeutiques. — L'infusion forte de café jouit de la propriété d'abréger les accès ; c'est là une opinion très-accréditée, et Salter la confirme jusqu'à un certain point.

Dans les deux tiers des cas, il en résulte un soulagement notable, et quelquefois même définitif ; mais souvent l'effet n'est que transitoire ou peu marqué. Il s'agit donc de préciser l'indication des circonstances qui doivent en favoriser l'action. J'ai remarqué que l'asthme catarrhal n'en éprouve aucune modification, que l'élément dyspnéique seul semble être influencé d'une manière avantageuse dans l'asthme simple, mais à la condition que le café soit pris loin de l'accès, à jeun, et à dose concentrée. Mais comment un excitant si énergique peut-il modérer ou régler les mouvements respiratoires ? Salter en donne l'explication suivante : « Les accès, dit-il, apparaissent pendant la nuit, c'est-à-dire quand l'excitabilité réflexe est très-augmentée ; le café, qui empêche le sommeil et augmente l'activité de l'encéphale, diminue par cela même les accès réflexes et, par conséquent, l'asthme, qui résulte, en général, d'une impression de ce genre. » S'il en était ainsi, l'accès devrait manquer pendant la veille, tandis que souvent il se manifeste ou pendant le jour, ou dans la soirée, et quelles que soient les tentatives du malade pour vaincre le sommeil.

Le ralentissement de la nutrition semble mieux expliquer les effets curatifs et surtout préventifs du café; si les centres nerveux éprouvent moins de changements moléculaires que dans l'état normal, les agents excitants des muqueuses et des nerfs respiratoires, c'est-à-dire les causes des accès, produisent une impression moins vive sur ces organes, épuisés par une surexcitation toxique, émoussés par une nutrition moins active. C'est pourquoi le café agit surtout comme moyen préventif ; administré immédiatement avant l'accès ou le soir, il perd toute son utilité, et sur ce point je suis d'accord avec Salter, tandis que, d'après sa théorie, le moyen de-

vrait être administré le plus tard possible dans la nuit pour éviter le sommeil.

Thé et alcool. — L'alcool et le thé présentent des effets physiologiques et thérapeutiques analogues à ceux du café ; l'alcool n'empêche pas le sommeil et ne diminue, par conséquent, pas l'excitabilité réflexe ; de même que le café, il empêche la nutrition, et c'est à ce titre qu'il agit sur les centres nerveux de manière à prévenir parfois les accès.

Le défaut d'espace nous empêche d'insister sur l'étude physiologique des autres médications de l'asthme. Nous renvoyons à l'article original; voici, du reste, le résumé du traitement.

Résumé du traitement. — Voici les moyens dont l'expérience m'a démontré l'utilité.

I. Asthme simple. — 1° *Accès directs.* — Pendant l'accès : fumigations de papier nitré simple ; si l'accès se renouvelle avec intensité, le carton nitré doit être imprégné ou rempli de *datura stramonium ;* chez d'autres malades, le tabac seul ou mêlé avec la belladone réussit mieux ; — le lendemain de l'accès : bromure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour.

Lors de l'imminence des accès suivants, s'il y a des prodromes, on doit tenter l'emploi du tartre stibié et commencer les fumigations.

Traitement dans l'intervalle des accès : arsenic à doses progressivement croissantes ; café à haute dose prise dans la première partie du jour. Le sulfate de quinine trouve rarement son emploi.

Traitement dans l'intervalle des attaques : émigration vers une localité dont l'air soit calme, condensé et brumeux ; eaux du mont Dore.

2° *Accès directs spécifiques.* — Éviter les émanations insalubres, les poussières d'ipéca, de foin, etc.

3° *Accès réflexes.* — Si l'action réflexe a son point de départ dans les fonctions digestives, on devra modifier l'heure des repas, diminuer la quantité des aliments, éviter les boissons alcooliques. Si l'impression part de la périphérie, on prescrira d'éviter le froid, et de préserver la peau à l'aide de vêtements de flanelle.

II. Asthme avec emphysème et oppression continue, exacerbante. — Opium ; arsenic ; bromure de potassium.

III. Asthme catarrhal. — Pendant et avant les accès : préparations antimoniées. — Entre les accès : eaux alcalines ou sulfureuses ; térébenthine. — Entre les attaques : émigration vers les pays chauds, principalement le littoral de la Méditerranée.

IV. Asthme dartreux. — Arsenic et eaux du mont Dore; sulfureux ; bains des Pyrénées ; eaux sulfureuses en boisson.

V. Asthme goutteux. — Au moment des accès : surveiller l'état des articulations. — Entre les attaques : hydrothérapie, si l'asthme est simple et sans lésion bien marquée, soit du poumon, soit des bronches ou du cœur ; cure de petit-lait ; alcalins ou toniques, selon l'état des forces du malade.

VI. Asthmes avec lésion consécutive du coeur. — S'abstenir des narcotiques, des débilitants, des eaux minérales ; soutenir les forces du malade ; prescrire le repos absolu et l'habitation d'un climat chaud.

Note sur la curarine et ses effets physiologiques.

Par M. Cl. Bernard (de l'Institut), professeur au collége de France.

Depuis quelques années, à cause de ses singulières propriétés sur le système nerveux, le curare a acquis une grande célébrité parmi les physiologistes et a été déjà l'objet d'un certain nombre d'essais thérapeutiques sur l'homme. Mais les principaux obstacles à l'étude physiologique et thérapeutique du curare résident, d'une part, dans l'ignorance où nous sommes de sa composition, et, d'autre part, dans l'incertitude où nous nous trouvons par rapport à son dosage, à cause des grandes variétés qu'il présente dans son intensité d'action. J'ai pu expérimenter sur dix ou douze sortes de curares, tels qu'ils nous arrivent des Indiens de l'Amérique du Sud, soit fixés sur l'extrémité de flèches empoisonnées, soit renfermés dans des calebasses ou dans des petits pots en argile. Dans ces expériences, j'ai trouvé des échantillons de curare qui se rapprochaient beaucoup les uns des autres par leur énergie ; mais j'en ai souvent aussi rencontré qui différaient considérablement et dont l'intensité toxique pouvait varier entre eux comme 1 est à 6. J'ai remarqué de plus que les curares les plus violents étaient généralement ceux qui recouvraient l'extrémité des flèches empoisonnées ou ceux qui étaient contenus dans les petits pots d'argile, tandis que les curares des calebasses étaient ordinairement moins actifs et donnaient pour le même poids de substance une dissolution aqueuse bien moins colorée.

Le curare est un extrait noir, cassant et d'apparence résinoïde, dans la composition duquel il entre, d'après les récits des voyageurs, un très-grand nombre de substances végétales et même des matières animales. Dès lors se présentait la question de savoir si

l'action du curare, dont j'avais déterminé aussi exactement que possible tous les effets physiologiques sur l'animal vivant, devait être considérée comme appartenant à un principe actif unique mêlé à d'autres substances inertes, ou bien si cette action du curare était la résultante de plusieurs principes actifs distincts les uns des autres, mais associés dans l'extrait curarique en proportions différentes, ainsi que cela a lieu pour les principes actifs de l'opium par exemple. Il s'agissait, en un mot, de rechercher si la curarine, dont l'existence dans le curare avait déjà été signalée par nos savants confrères MM. Boussingault et Roulin, représentait à elle seule tous les effets réunis de l'extrait curarique, ou bien si elle n'en manifestait qu'une partie. C'est pourquoi, en reprenant dernièrement mes études sur les effets du curare, dans mon cours au Collége de France, j'ai prié M. le docteur W. Preyer jeune, chimiste physiologiste distingué qui suivait mes expériences, de vouloir bien essayer d'extraire la curarine à l'état de pureté, afin de pouvoir étudier ses effets physiologiques comparativement avec ceux du curare. M. Preyer a réussi dans cette recherche difficile. Voici, quant à l'action toxique, les résultats que m'a fournis l'examen comparatif du curare et de la curarine :

1° La curarine est beaucoup plus active que le curare d'où elle est extraite. J'ai donné à M. Preyer, pour les traiter, des curares contenus dans des calebasses, et par conséquent les moins actifs. L'expérience sur les animaux m'a montré que cette curarine était au moins vingt fois plus énergique que les curares d'où elle a été extraite. 1 milligramme de curarine en dissolution dans l'eau, injecté sous la peau d'un lapin de forte taille, le tue très-rapidement, tandis qu'il faut 20 milligrammes de curare en dissolution et injectés de même sous la peau pour obtenir un effet toxique mortel sur un lapin de même poids.

2° Les effets physiologiques de la curarine sont identiques, sauf l'intensité, avec ceux du curare. L'action est exactement la même sur le système nerveux, et, aussi loin que j'ai pu poursuivre les détails de cette comparaison physiologique, je n'ai rencontré aucune différence apparente entre les effets des deux substances. En outre, la curarine m'a paru rester toujours, comme le curare, très-difficilement absorbable par le canal intestinal.

Je me borne, pour aujourd'hui, à ces simples indications sur les effets physiologiques de la curarine, parce que, plus tard, je publierai des expériences nouvelles relatives au mécanisme de l'action physiologique du curare et de la curarine sur les propriétés du sys-

tème nerveux moteur. Néanmoins, de ce qui précède, ainsi que des observations de M. Preyer, qui montrent que les résidus du curare d'où l'on extrait la curarine cessent d'être actifs, il me paraît établi que l'action toxique si remarquable du curare est due à un principe actif unique.

Maintenant, quant à savoir quelle est la plante, les plantes ou la substance quelconque qui fournissent la curarine, ce principe actif unique du curare, j'ai pensé que cette question ne pouvait se résoudre qu'expérimentalement, c'est-à-dire en faisant séparément et successivement des extraits avec les diverses plantes ou ingrédients que les récits des voyageurs nous indiquent comme entrant dans la composition de l'extrait curarique. Pour me procurer les diverses plantes du curare, je me suis d'abord adressé au Muséum d'histoire naturelle, et j'ai fait part de mon désir à nos savants confrères MM. Brongniart et Tulasne. Ce dernier m'a remis trois petits fruits de *Paullinia curura*, dont il a été fait un extrait, ainsi que cela est indiqué dans la note de M. Preyer, et cet extrait a tué des grenouilles avec des symptômes tout à fait semblables à ceux que produit le curare. Ce premier essai, quoique insuffisant, est déjà très-important. Il faudrait de plus grandes quantités de matière pour multiplier les expériences et isoler le principe actif de l'extrait. Je poursuis mes recherches à cet égard, et si, comme je l'espère, on parvient à déterminer expérimentalement l'origine exacte du principe actif du curare, on aura, à la grande satisfaction des physiologistes et des médecins, résolu la dernière question qui obscurcit encore l'histoire mystérieuse de ce poison si intéressant du système nerveux moteur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des imperforations congénitales de l'anus et des intestins.

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

On rencontre des nouveau-nés qui apportent en venant au monde un vice de conformation qui consiste dans l'imperforation de l'anus; elle existe quelquefois seule et souvent se rencontre avec l'imperforation des intestins. Nous voulons ici, sans exposer ce sujet important dans tous ses détails, dire seulement ce que nous avons vu, ce que nous avons fait et ce que notre expérience nous engage à faire au moins quant à présent.

1° *Imperforation anale; atrésie complète.* — Les enfants qui

arrivent au monde avec ce vice de conformation auquel on a donné le nom d'*anus imperforé* ou *d'atrésie anale* sont dans des conditions telles qu'ils ne peuvent se débarrasser du méconium ; ils sont comme les individus atteints de hernie étranglée ; ils ont le ventre distendu par des gaz, ils vomissent d'abord ce qu'ils boivent, puis le méconium remonte dans l'estomac, ils le rendent par la bouche et peuvent succomber en deux, trois, quatre jours, si on ne vient leur porter secours. Ce genre d'imperforation présente plusieurs espèces; quelquefois nous n'avons trouvé aucun vestige d'anus, d'autres fois nous avons vu l'anus bien conformé extérieurement et au milieu des plis rayonnés un diaphragme touchant à l'intestin terminé en cul-de-sac, en sorte que l'ampoule rectale est formée au niveau du sphincter de l'anus. D'autres fois nous avons trouvé un anus bien conformé dans lequel on pouvait entrer l'extrémité du petit doigt, mais offrant un cul-de-sac dans lequel on était arrêté sans pouvoir pénétrer plus loin qu'à 1 ou 2 centimètres, là se borne l'ampoule rectale séparée par une cloison du cul-de-sac que nous avons indiqué.

Dans ces cas d'imperforation anale simple, il suffit, après avoir vidé la vessie, de faire une ponction en se dirigeant du côté du sacrum pour éviter de piquer le vagin ou la vessie, et on arrive quelquefois facilement dans l'intestin. Pour pratiquer avec sûreté cette opération, il est bon de ne pas opérer aussitôt après la naissance, afin d'attendre que le méconium descende et dilate la partie inférieure de l'intestin. Nous avons imaginé à cet effet un petit trocart courbe cannelé; la ponction faite dans la direction normale du rectum, on retire le poinçon. Si on ne voit rien sortir par la canule, on doit se borner à cette ponction exploratrice, mais si le méconium se présente, comme cela a lieu dans les cas simples, il s'agit de la remplacer par un tube en gomme élastique; la canule ne présente pas de pavillon, mais à sa place se trouve un pas de vis intérieur, qui permet d'adapter une tige métallique qui l'allonge et sert à la tenir facilement sans la laisser échapper; on peut alors conduire sur la cannelure du tube un bistouri et faire un débridement à droite et à gauche; il est facile d'engager un tube de gomme sur la tige et de pousser ce tube dans l'intestin. Si on veut abaisser l'intestin avec un crochet mousse, soit avec des pinces à griffe, soit avec le dilatateur imaginé par M. Bonnafont pour le prépuce, on pourra disséquer le pourtour de l'extrémité intestinale et fixer les bords saignants de l'intestin au niveau de l'anus, à l'aide de quelques points de suture.

Dans le cas où on n'aurait pas abaissé l'extrémité inférieure de 'intestin et où on ne l'aurait pas fixé au pourtour de l'ouverture anale, il serait très-important de tenir dans l'anus soit une canule de gomme élastique, soit une mèche de charpie pour entretenir l'ouverture dilatée, car elle tend toujours à se resserrer dans la plupart des cas : j'ai vu des enfants chez lesquels ce genre d'anus fonctionnait bien sans tendre à se rétrécir, à condition de prolonger plusieurs mois l'usage d'un corps dilatant, mèche ou canule. Si, au bout de quelques jours, on ne veut pas tenir à demeure une canule dans le rectum, il faut au moins la passer tous les jours et la laisser un quart d'heure ou une demi-heure et cela pendant plusieurs mois. A la suite de cette opération, le sphincter de l'anus reprend parfois peu à peu sa force et les enfants retiennent leurs matières; d'autres sont obligés de porter constamment un tampon pour les retenir. Cette infirmité, qui persiste souvent, est pourtant moins désagréable que celle qui résulte d'anus artificiels établis dans d'autres régions.

2° *Des imperforations incomplètes; atrésies fistuleuses dans un point anormal.* — Lorsque l'anus n'existe point dans la région normale, il peut se faire que le rectum vienne s'ouvrir dans d'autres points qu'on reconnaît en observant l'enfant. Les auteurs ont cité beaucoup d'anomalies de ce genre. Pour notre part, nous en avons vu un assez grand nombre. Ainsi, nous avons observé plusieurs cas dans lesquels le rectum s'ouvrait au périnée, au scrotum ou à la vulve par un pertuis très-étroit, dans l'urètre, la vessie ou le vagin; et dans ce dernier cas, l'enfant peut vivre, toutefois, il faut tâcher de rétablir l'anus au périnée.

3° *Des imperforations avec perte de substance du rectum.* — On a vu le rectum manquer dans une plus ou moins grande étendue; on trouve alors que l'extrémité inférieure de cet intestin est remplacée par un ligament fibreux qui remonte plus ou moins haut et descend jusqu'au point où devrait se trouver l'anus; l'ampoule rectale est quelquefois dans le bassin vers la partie voisine de l'extrémité inférieure du sacrum, d'autres fois remonte jusqu'à la base du sacrum et se trouve même dans la fosse iliaque gauche; il arrive enfin qu'il n'y a pas de rectum et que l'intestin est terminé par l'S du côlon. On a vu le gros intestin manquer. Nous avons rencontré un cas dans lequel un nouveau-né ne pouvait évacuer, il avait un anus bien conformé, on pouvait y pénétrer; le gros intestin existait donc, mais si étroit qu'il admettait à peine dans toute son étendue, depuis l'anus jusqu'au cœcum, une sonde grosse comme une plume

d'oie; il présentait, à l'endroit où le côlon se joint au cœcum, un diaphragme qui retenait les matières dans cette portion intestinale, le reste du canal était à l'état normal, la valvule iléo-cœcale et tout le petit intestin n'offraient aucun changement. Enfin, parmi d'autres cas curieux, nous avons vu un fœtus ayant un tube intestinal extrêmement étroit dans toute son étendue, depuis l'anus jusqu'au jéjunum; il était réduit au volume d'une plume de corbeau présentant, à des distances très-rapprochées (de 4 à 5 centimètres environ), des diaphragmes qui retenaient le méconium. Ce sujet vomissait continuellement et vécut environ trois jours. Dans ces derniers cas, la chirurgie est tout à fait impuissante, mais lorsque le gros intestin s'arrête dans la fosse iliaque gauche, ce qu'on peut espérer en général, lorsqu'on a fait des tentatives pour établir un anus à la région périnéale, le chirurgien, pour tâcher de faire vivre le malade, a deux genres d'opérations à tenter, surtout si les parents réclament l'action directe du chirurgien; mais il faut bien leur dire à l'avance que les opérations sont faites sans certitude et sont le plus souvent suivies d'inflammations qui emportent les malades; que si elles réussissent par exception, les pauvres enfants peuvent rester avec une infirmité qui fait souvent le tourment de leur vie.

C'est alors qu'il serait bien important d'arriver au diagnostic des diverses variétés de vices de conformation de l'intestin; malheureusement il est bien difficile de reconnaître d'emblée la variété à laquelle on a affaire. Dans presque tous les cas, la percussion abdominale donne un son sonore, et si on trouve quelques poins où il y a matité, ce qui annonce la présence de matières dans l'intestin, ce phénomène n'aide que très-peu au diagnostic. On pourra reconnaître cependant que l'extrémité inférieure du rectum arrive vers l'anus imparfait; si on sent la fluctuation au périnée, soit avant d'avoir fait une incision, soit après l'incision faite, on reconnaîtra facilement la communication avec la vessie et avec le vagin; mais dans les autre cas, le diagnostic est impossible.

Aussi, il faudra tenter avec prudence d'établir l'anus au point normal, par le procédé indiqué plus haut, ou mieux en pratiquant d'abord l'incision transversale avec lenteur, en se portant vers le coccyx pour éviter la vessie, le vagin, etc. On se trouvera bien, pour se guider dans cette dissection, de faire préalablement la ponction avec notre trocart, d'introduire par l'ouverture faite à l'intestin un crochet mousse, de mettre une sonde métallique courbe dans la vessie, chez les petits garçons, dans le vagin chez les petites filles, afin de les éloigner du bistouri et de disséquer avec soin autour de la

portion de l'intestin qui peut se présenter; on doit l'ouvrir et le fixer, comme nous l'avons dit, à la plaie. Quoi qu'il en soit, si on n'arrive pas au rectum, il faut en venir à l'une des deux opérations qui ont pour but d'aller à la recherche du côlon, de l'amener au dehors de l'abdomen et d'établir un anus contre-nature, soit dans l'une des fosses iliaques, soit à la région lombaire; la première est connue sous le nom d'*opération de Littre*, l'autre sous le nom d'*opération de Callisen*. Cette dernière a été remise en vigueur par Amussat.

L'opération de Littre consiste à faire une incison de quinze à vingt centimètres au-dessus de l'anneau inguinal gauche ou droit. Cependant, on peut dire que si, quelquefois, on a trouvé le côlon à droite, on l'a trouvé plus souvent à gauche. Une fois l'incision de la peau de l'aponévrose et des muscles de l'abdomen pratiquée, on arrive sur le péritoine qu'on doit inciser sur la sonde cannelée; ordinairement en cet endroit se présente l'S du côlon, qu'on divise longitudinalement dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, puis on fixe, à l'aide de points de suture, les bords de la plaie de l'intestin aux bords saignants de la plaie faite à la peau. Le méconium s'échappe, le ventre, qui était tendu, s'affaisse, et le malade est soulagé; une sonde est fixée dans la plaie, et, si des accidents inflammatoires ne se présentent pas, les malades peuvent guérir. On en a cité des exemples; quant à nous, nous en avons opéré plus de douze sans succès, nos malades sont morts de péritonite, après deux, trois ou quatre jours, avec ou sans épanchements de matières fécales.

L'opération de Callisen, perfectionnée par Amussat, se pratique à la région lombaire gauche, sans diviser le péritoine. On doit inciser transversalement les parties molles, au milieu de l'espace qui sépare la dernière fausse côte de la crête iliaqne du côté gauche, de sorte que la partie moyenne est en dehors de la masse du sacro-lombaire et du long dorsal; dans cette direction, on trouve le côlon descendant qu'on incise en arrière, où il n'est pas couvert du péritoine, et on fixe les bords de la plaie de l'intestin à l'incision de la peau par quatre points de suture, comme nous venons de l'indiquer plus haut. Il faut ne pas ignorer que chez le nouveau-né le rein, qui doit guider dans cette opération, dépasse de beaucoup le bord externe du carré lombaire et descend jusque dans la fosse iliaque; alors se présentent la face postérieure et le bord externe du rein, recouvert par le côlon, qui le longe ou passe devant lui; chez l'adulte, ce n'est que l'extrémité inférieure de l'organe qu'on rencontre entouré de son enveloppe graisseuse.

Ce que nous venons de dire suffit pour faire reconnaître que l'exécution du procédé de Callisen est plus difficile que celui de Littre, mais ce dernier expose davantage à la péritonite, puisqu'on incise deux fois la membrane séreuse, et que dans le procédé de Callisen on évite de l'inciser. On a cependant cité plusieurs cas de succès par la méthode de Littre ; Robert, dans un rapport à l'Académie, a donné un relevé avec des résultats heureux. Notre confrère, M. Rochard, de La Rochelle, nous a fait voir les pièces d'un sujet opéré par lui par la méthode de Littre. Ce sujet avait vécu cinq ans et était mort d'angine diphtéritique. Les bouts de l'intestin divisé, qui était l'S du côlon, étaient parfaitement adhérents au pourtour de la division abdominale.

M. Goyrand, d'Aix, qui préconise le procédé de Littre, a aussi indiqué des succès; Amussat a donné, d'une autre part, des succès par le procédé de Callisen.

Si on consulte le petit nombre des malades qui ont guéri à la suite de l'une ou l'autre de ces deux opérations, ils sont tous presque au regret d'avoir survécu, car rien n'est pénible comme la dégoûtante infirmité dont ils sont atteints. Il faut dire pourtant que quelques-uns ont guéri et que, dans les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, on cite des opérés qui ont vécu quatorze ans, vingt-deux ans, quarante ans et même quarante-trois ans (article de M. Giraldès : *Malformation de l'anus, Nouveau Dictionnaire*).

Après ces deux procédés opératoires, au moment même où on vient d'opérer, ou quelque temps après, si le malade allait bien, nous serions disposé à tenter de rétablir l'anus dans le point normal, en faisant ce qu'a proposé M. Demarquay : un conducteur d'argent du volume d'une sonde de femme pourrait être conduit dans le bout inférieur de l'intestin jusqu'au point correspondant à l'anus; à l'aide de ce conducteur, on pousserait une aiguille armée d'un fil à travers la cloison du cul-de-sac de l'intestin, qu'on transpercerait au point normal de l'anus; ce fil entraînerait une petite boule de métal qui viendrait presser au point correspondant à l'anus. Cette boule, par la pression, pourrait déterminer des adhérences de l'intestin; au bout de quelque temps elle servirait de guide pour faire une incision qui, de cette manière, pénétrerait dans le rectum. Cette ouverture pourrait alors consécutivement être dilatée, et on fermerait ensuite l'anus iliaque après s'être bien assuré du passage des matières par l'anus périnéal.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'acide valérique et des valérates de quinine et de zinc.

Par M. Ceresoli, pharmacien à Paris.

L'acide valérique est tantôt le produit de la nature, tantôt le produit de l'art. Lorsqu'il est le produit de l'art, il résulte, ou de l'action de l'acide chromique ou du bichromate de potasse sur l'alcool amylique, ou de l'action prolongée de l'acide azotique sur quelques corps gras, ou de l'action simultanée de la chaleur et de l'acide sulfurique et du chromate de potasse sur certains corps, ou enfin de la réaction complexe d'une espèce de fermentation.

L'acide valérique, lorsqu'il est obtenu par la distillation de la racine de valériane, et c'est alors qu'il est le produit de la nature, est pur; mais lorsqu'il est obtenu par d'autres procédés, il contient toujours de l'acide butyrique. Si l'alcool amylique qu'on emploie pour obtenir l'acide valérique contient de l'hydrate de tétrile, celui-ci se change en butyrate de potasse lorsqu'on emploie l'hydrate de potasse comme corps oxydant. Le résultat de la métamorphose des parties sucrées et amylacées de plusieurs substances sont l'acide valérique et l'acide butyrique, soit que ces deux acides se produisent tous les deux dans le même temps, soit que l'un présente une modification de l'autre.

Et je suis porté à croire à cette modification, lorsque je sais que le valérate de potasse soumis à l'action de la pile électrique se change en butylène.

M. Gerhardt est d'avis que l'acide valérique n'existe pas dans la racine de valériane, mais qu'il est le résultat de l'action oxydante de l'air sur le valérol.

M. Pierlot, au contraire, dit que l'acide valérique préexiste dans la racine de valériane.

Dans le but de savoir à laquelle de ces deux opinions il fallait s'arrêter, voici le procédé que j'ai suivi, et je laisse aux chimistes à prononcer si ce procédé a été bien choisi.

La racine de valériane, à peine retirée de la terre, a été lavée à l'eau distillée pour en séparer la terre adhérente. Elle a été pilée dans un mortier de marbre et ensuite soumise à la presse. Le liquide tombait dans une solution de carbonate de soude.

Une odeur très-prononcée d'acide valérique, pendant qu'on pilait la racine, me faisait croire à l'existence de cet acide. Une légère

effervescence se manifestait dans le flacon où tombait le suc. La racine étant épuisée, la totalité du liquide a été filtrée.

La liqueur, décolorée par le charbon animal et concentrée, a été soumise à la distillation avec quelques gouttes d'acide sulfurique pur. Cet acide a décomposé le valérate, et l'acide valérique a été entraîné par la vapeur d'eau.

L'acide valérique obtenu par la distillation de la racine de valériane est le seul qu'on devrait employer pour obtenir les valérates à l'usage thérapeutique, car l'acide valérique obtenu par d'autres moyens fournit des sels qui contiennent toujours des butyrates.

Pour obtenir des valérates à l'usage thérapeutique, deux procédés ont été proposés, le premier par voie directe, l'autre par double décomposition. Voici les raisons qui m'ont engagé à m'éloigner du procédé par voie directe pour la préparation des valérates de quinine et de zinc, quoiqu'il soit le plus communément employé.

D'abord ce procédé est très-long, et ensuite on est obligé de laisser la solution alcoolique de quinine à une température de + 50°, ce qui entraîne une perte considérable d'alcool. Nous avons donc perte de temps et d'une partie des matières employées. En outre, la quinine pure qu'on obtient ordinairement par la décomposition du sulfate basique de quinine par l'ammoniaque affecte quelquefois la forme résinoïde, ce qui donne à la solution alcoolique une teinte verte que conservent les cristaux de valérate obtenu. On est obligé par conséquent de redissoudre plusieurs fois ces cristaux afin de les avoir incolores.

La préparation de valérate de quinine par voie directe présente un autre inconvénient que voici : les dernières portions d'acide valérique éprouvent une grande difficulté à se combiner à la quinine dissoute dans l'alcool, soit parce qu'elles sont trop étendues, soit parce que quelques portions de quinine se trouvent emprisonnées dans les cristaux de valérate qui s'est formé.

Le procédé par double décomposition proposé par quelques chimistes, quoique plus expéditif, laisse encore des lacunes. On a proposé d'employer les valérates de chaux ou de baryte pour décomposer le sulfate de quinine ou le sulfate de zinc, mais le sulfate de baryte et le sulfate de chaux étant insolubles, on est obligé d'employer l'alcool pour dissoudre le valérate de quinine ou le valérate de zinc et de perdre presque tout l'alcool pour faire cristalliser ces sels.

Pour obvier à tous inconvénients, voici le procédé que je propose pour préparer ces deux sels :

Valérate de quinine.

Acide valérique monohydraté..............	100 grammes.
Eau distillée............................	200 grammes.

On mélange l'acide à l'eau.

On fait une solution concentrée de carbonate de soude qu'on ajoute à l'acide valérique jusqu'à obtenir une légère réaction alcaline. On filtre.

D'un autre côté, dans l'eau acidulée par l'acide sulfurique, on dissout 200 grammes de sulfate de quinine basique, et l'on élève la température jusqu'à + 48°. La solution du sulfate de quinine étant achevée, on y verse la solution du valérate de soude. On agite quelques instants et l'on retire du feu. Après vingt-quatre heures, on décante et on lave les cristaux de valérate de quinine avec l'eau distillée à la température de + 36°. On continue le lavage jusqu'à ce que les eaux ne donnent plus les réactions de la soude. Il ne faut pas employer l'eau bouillante, parce que celle-ci décompose le valérate de quinine.

Valérate de zinc.

Oxyde de zinc pur.......................	100 grammes.
Acide sulfurique à + 66°..................	100 grammes.

On délaye l'oxyde de zinc dans 5 parties d'eau distillée, et l'on ajoute peu à peu l'acide sulfurique; la réaction est très-vive, la température s'élève beaucoup et finit par laisser le sulfate de zinc cristallisé, qu'on redissout dans 400 parties d'eau distillée.

D'autre part, on prend :

Acide valérique monohydraté................	350 grammes.

On le mélange avec le double de son poids d'eau distillée, et l'on ajoute du carbonate de soude jusqu'à ce qu'il donne des signes d'alcalinité aux réactifs.

Dans la solution de sulfate de zinc chauffée à + 36°, on verse le valérate de soude, on agite quelques instants et l'on retire du feu.

Après vingt-quatre heures on décante, on lave les cristaux, et en évaporant les eaux mères on obtient de nouveaux cristaux qu'on réunit aux premiers, et on les lave à l'eau chaude jusqu'à la solution complète du sulfate de soude.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi de l'huile de pétrole dans le traitement du prurigo.

De toutes les maladies spéciales de la peau, le prurigo est, sans aucun doute, une des plus communes et des plus tenaces; les observations suivantes ont pour but d'attirer l'attention de nos confrères sur une ressource thérapeutique qui m'a réussi déjà plusieurs fois, alors même que les moyens ordinairement employés avaient complétement échoué : je veux parler de l'huile de pétrole purifiée en lotions.

Comme médecin du bureau de bienfaisance d'une des sections les plus malheureuses et les plus malsaines de Rouen, il ne se passe guère de semaines sans que je n'aie l'occasion d'observer à mes consultations un ou plusieurs cas de prurigo.

Le 17 janvier dernier, la femme Lefrançois, âgée de quarante ans environ, domiciliée à Rouen, se présente à ma consultation, se plaignant de démangeaisons insupportables, surtout la nuit, qu'elle dit avoir depuis plus de trois mois; ce prurit a surtout augmenté depuis quinze jours; elle se gratte et se déchire la peau; elle porte sur la face externe des membres supérieurs, sur le dos, le cou et les parties génitales de nombreuses papules, les unes discrètes et peu saillantes, les autres agglomérées et dont le sommet noirâtre a été excorié par les ongles. Il n'y avait pas de traces d'acarus.

Je lui prescris 200 grammes d'huile de pétrole purifiée en lotions tous les soirs, pendant quatre jours, et des grands bains.

Le 20, le prurit a diminué, et l'application de l'huile de pétrole, qui, au début, donnait au malade la sensation d'une légère cuisson, est maintenant douloureuse; les bains sont continués, et j'ordonne le mélange suivant :

Huile de pétrole........................	120 grammes.
Huile d'amandes douces..................	125 grammes.
Laudanum de Sydenham....................	6 grammes.
M. et A.	

Le 3 février, la malade revient complétement guérie.

Au commencement de mars dernier, M. F***, voyageur de commerce, me fait demander pour un prurigo presque général, qu'il a depuis plus d'un an; il a, dans ses voyages, consulté plusieurs médecins qui, tour à tour, ont employé les pommades au calomel, au

goudron, d'Helmerich, l'huile de cade, les bains alcalins, etc. — Il a momentanément eu plusieurs courtes périodes d'amélioration, mais n'a jamais été complétement guéri. — Je conseille les bains alcalins et une onction très-légère de la pommade suivante :

Huile d'amandes amères..................	8 grammes.
Cyanure de potassium......................	6 grammes.
Cérat de Galien............................	80 grammes.

Malgré mes recommandations, le malade, croyant se guérir plus vite, se fit une violento friction avec cette pommade; une inflammation cutanée intense en fut le résultat, et fut bientôt dissipée par quelques dérivatifs intestinaux et quelques grands bains. — Huit jours après, j'essayai les bains au sublimé, sans aucun succès; j'employai alors l'huile de pétrole en lotions matin et soir : ces lotions furent faites pendant une dizaine de jours, et aujourd'hui 19 avril, M. F*** vient me voir, parfaitement guéri, et repart en voyage. Plusieurs autres cas ont encore été traités ainsi avec succès, et je continue à observer plusieurs malades qui sont en ce moment en traitement.

L'emploi de l'huile de pétrole m'a paru réussir surtout et plus promptement dans le prurigo qui s'accompagne d'un prurit modéré (*prurigo mitis*) ; dans le prurigo des vieillards (*prurigo senilis de Willan*), où il y a souvent, en outre, des insectes appartenant au genre *pediculi*, je n'ai eu l'occasion de l'employer qu'une seule fois, mais avec un succès complet.

Les premières applications de l'huile de pétrole déterminent quelquefois une rougeur de la peau et une augmentation du prurit qui découragent les malades. — Il ne faut pas, malgré cela, y renoncer; on éloigne les lotions, on joint au traitement quelques bains simples ou légèrement alcalins, et c'est alors que l'on se trouve bien d'associer l'huile de pétrole à l'huile d'amandes douces ou d'olive et au laudanum de Sydenham, comme dans la formule ci-dessus; cette dernière formule est surtout préférable chez les enfants, où je l'ai employée trois fois avec succès et une fois avec insuccès.

Un point important est de ne jamais faire de frictions avec l'huile de pétrole, ce qui amènerait une inflammation douloureuse et qui retarderait la guérison; une lotion, une simple imbibition ou une onction avec le mélange suffisent.

Chez la plupart des malades, je me suis bien trouvé d'adjoindre quelques dérivatifs intestinaux légers, et souvent je me suis vu

aussi dans la nécessité, vu la débilité des sujets, de donner les amers et un régime tonique.

L'huile de pétrole a déjà été employée par MM. Decaisne, Bouchut et tout récemment par M. Lailler. — Mais je ne saurais trop recommander ce mode de traitement, tant il est simple, d'un emploi facile et d'un prix peu élevé, toutes circonstances très-importantes lorsqu'il s'agit d'une maladie souvent longue, difficile à guérir et très-commune dans la classe ouvrière, où le mauvais régime et la malpropreté lui donnent si souvent naissance.

Dr Bellencontre,
Médecin du Bureau de bienfaisance, à Rouen.

BULLETIN DES HOPITAUX.

NÉVRALGIES TRAITÉES AVEC SUCCÈS PAR LES DOUCHES CAPILLAIRES (AQUAPUNCTURE). — M. le docteur de Laurès, médecin inspecteur des eaux thermales de Néris, a eu l'heureuse idée d'essayer contre les névralgies les douches capillaires, administrées au moyen d'un appareil imaginé tout récemment par M. Mathieu.

Cet appareil se compose :

1° D'un récipient C, dans lequel on verse par l'entonnoir G le liquide simple ou médicamenteux, qu'on emploie à des températures variées ;

2° D'un corps de pompe B, portant un clapet au point où il s'adapte avec le tube d'aspiration qui plonge dans le liquide ;

3° D'un levier A, destiné à faire la pression immédiate sur le liquide, et qui peut, à volonté, être dévissé au point L ;

4° D'un tube I emmanché sur le corps de pompe, et se terminant en haut, au point K, par un pas de vis qui reçoit les différents ajutages perforés pour le passage de l'eau ;

5° D'un cylindre E, contre la paroi supérieure duquel le filet D vient se briser, et qui doit être toujours maintenu à une distance de 25 millimètres environ de la sortie du jet ;

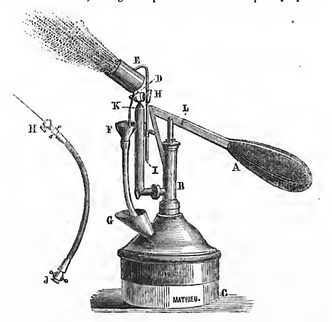
6° D'un égouttoir F, pour recueillir la portion du liquide pulvérisé qui retombe par l'ouverture postérieure du cylindre, et la conduire dans le récipient C.

Voici trois observations qui prouvent l'efficacité de cette méthode.

Obs. I. La nommée D***, âgée de quarante-cinq ans, domestique, est entrée à l'hôpital de la Pitié, le 21 janvier 1865 (service de M. Gallard). D'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution

peu robuste, elle a souffert, depuis son enfance, de troubles nerveux, parmi lesquels le plus saillant était caractérisé par une sensation de boule montant de l'épigastre à la gorge, s'accompagnant d'un malaise très-prononcé et quelquefois de perte de connaissance, sans mouvements convulsifs. Il faut aussi noter, chez cette malade, une disposition rhumatismale qui se traduit souvent par une faiblesse très-prononcée dans les membres inférieurs, surtout lorsque le temps est au froid et à l'humidité. Il y a quinze ans, elle fut traitée à l'hôpital Saint-Antoine pour des douleurs articulaires, occupant plus spécialement les deux genoux.

Pas d'antécédents héréditaires. — Le père et la mère de la malade vivent encore; son grand-père maternel était paralytique.



Au mois de septembre 1863, sans autre cause appréciable que celle d'avoir couché dans un appartement mal clos et ventilé par des courants d'air, elle ressentit, pour la première fois, dans le côté gauche de la face une vive douleur partant de la région mastoïdienne et s'irradiant, d'une part, vers le sourcil, de l'autre vers la mâchoire inférieure. Elle fut admise à la Pitié, où elle fut soumise à l'usage de l'opium, en pilules et en applications locales.

Le traitement fut continué pendant quelques jours seulement sans résultat, et la douleur persistant avec la même rigueur, la malade s'adressa, trois mois plus tard, aux ressources d'un homœopathe qui ne lui procura aucun soulagement. Plusieurs mois s'écoulèrent sans traitement, et sous l'influence de la bonne saison et des chaleurs de l'été le mal devint plus supportable.

Vers le mois de septembre 1864, les crises reparurent plus intenses que jamais et résistèrent au sulfate de quinine et aux préparations quiniques méthodiquement administrées. Il faut dire qu'elles ne présentaient pas le caractère de périodicité. Ses accès étaient nombreux, mais irréguliers dans leur retour, et appartenaient par leur forme à ces névralgies atypiques qui sont ordinairement les plus rebelles.

Enfin le 21 janvier 1865, la malade entre dans le service de M. Gallard. La douleur est alors généralisée à tout le côté gauche de la face, en s'irradiant vers les régions temporale et mastoïdienne. On détermine une vive souffrance par la pression, même légère, avec le doigt, au niveau des trous sus et sous-orbitaire et mentonnier, ainsi que dans toute la région mastoïdienne. De ces foyers principaux partent des branches nerveuses qui sont également sensibles à la pression sur l'aile du nez, dans la région malaire, etc. Le côté droit est complétement indemne. — Pas de contractions spasmodiques des muscles de la face; pas de larmoiement ni de coryza : difficulté de mâcher et d'avaler pendant les crises, dont la fréquence, la durée et l'intensité sont variables; le sommeil est souvent interrompu par les douleurs qui existent la nuit comme le jour; la santé générale n'est pas sensiblement altérée.

Le sulfate de quinine à l'intérieur, les vésicatoires morphinés n'avaient pas produit d'amélioration du 21 janvier au 7 février, époque à laquelle la première douche capillaire avec de l'eau ordinaire à la température ambiante fut appliquée par M. de Laurès, à l'aide de l'appareil de M. Mathieu. L'ajutage sur lequel est pratiqué l'orifice pour le passage du liquide avait été disposé de manière que le jet fût oblique et non pas vertical, cette obliquité même permettant de le diriger plus facilement sur les différents points des tissus.

L'effet immédiat de la douche fut différent, suivant le nombre des jets, leur continuité ou leur interruption et suivant leur énergie variant avec la distance à laquelle l'appareil était placé par rapport au visage. Dans quelques points on remarquait une rougeur plus ou moins vive; dans d'autres, et au cuir chevelu surtout, un soulèvement de l'épiderme, une véritable vésication; dans d'autres enfin, une légère excoriation résultant de la destruction de l'épiderme avec suintement de quelques gouttelettes de liquide sanguinolent. La production de ces petites déchirures s'expliquera facilement quand on saura qu'une peau d'agneau, comme celle dont les fabricants d'instruments de chirurgie se servent pour essayer les pointes des lancettes, est percée aussi rapidement que par une épingle, si on la place dans un état de tension convenable, à 4 ou 5 centimètres de l'orifice par lequel le filet d'eau est lancé.

Après l'application de cette douche, qui détermine une douleur assez cuisante, les tissus qui l'avaient supportée restaient quelque temps congestionnés et chauds. Quant à la douleur névralgique elle-même, elle a disparu instantanément après la première douche; mais pour se reproduire, comme d'habitude, dans la journée et la nuit. Jusqu'au 11 février inclusivement, M. Gallard a administré la douche chaque jour sur le trajet des nerfs douloureux. L'amé-

lioration a augmenté notablement après chaque séance; dès le 9 février la malade avait recouvré le sommeil, et les souffrances l'avaient abandonnée *tellement et si bien*, disait-elle, *qu'elle en était saisie*. Le 12 février elle n'accuse plus de douleurs, et quand M. de Laurès la présente à la Société d'hydrologie, le 13, elle ne se plaint que d'une sensation d'engourdissement qui persiste encore dans la région temporale.

A la date du 21 février, M. Gallard informe M. de Laurès qu'une seule douche a été pratiquée depuis que la malade a été présentée à la Société. « Ce matin, elle se plaignait de souffrir encore un peu : une nouvelle douche lui sera donnée ce soir ; toutefois l'amélioration obtenue persiste, et cette femme remplit maintenant les fonctions d'infirmière-veilleuse dans la salle. »

Obs. II. Névralgie faciale datant de sept ans, chez un vieillard âgé de soixante-quatorze ans (traité habituellement par le docteur Sales-Girons). La douleur a occupé, successivement d'abord, puis simultanément, les trois branches du trifacial à gauche. Crises très-répétées et ayant varié dans leur retour entre 4, 5, 30, 40 et 100 par jour, avec contractions spasmodiques des muscles de la face ; distorsion du visage, écoulement involontaire de la salive, épiphora, cris arrachés par la souffrance, etc., etc. Les moyens employés jusqu'à ces derniers temps avaient échoué complétement deux ou trois fois ; cependant le malade éprouva pendant quelques jours un soulagement temporaire ; après la deuxième application de la douche filiforme, six jours s'écoulèrent sans crises, puis la douleur reparut, mais avec une intensité moindre, et trois ou quatre fois seulement par jour ; le traitement se continua. La dixième application de la douche a eu lieu le 28 avril, et le malade n'avait ressenti qu'une crise dans la journée.

Obs. III. Névralgie lombaire et sciatique, dont l'origine remonte à vingt mois, chez une femme de quarante-cinq ans (service de M. Moutard-Martin, hôpital Beaujon).

Cette malade a souffert, depuis vingt mois, de douleurs lombaires. Le 10 avril 1865, la douleur a changé de siége et est venue se fixer dans la région de la fesse et de la hanche, et au côté externe de la partie inférieure de la cuisse et de la partie supérieure de la jambe du côté gauche. La douleur est presque continue, les mouvements deviennent de plus en plus difficiles, au point que la malade, une fois assise dans un fauteuil, ne peut plus se relever ; la marche étant devenue impossible, elle est obligée de prendre le lit et de réclamer l'assistance d'un aide pour se soulever, pour changer de position, pour uriner, etc. C'est dans cet état qu'elle entre à Beaujon le 14 avril. Deux applications de ventouses scarifiées le long du membre, une douche chaude, quatre injections hypodermiques avec le sulfate d'atropine, n'apportent aucune modification. Le 27, première douche filiforme sur la région de la hanche et de la fesse ; dès le lendemain, légère amélioration ; douches, 28, 29 ; 30 avril, amélioration plus prononcée ; la malade a pu descendre de son lit, se tenir sur ses jambes pendant un moment ; elle peut prendre et garder la position assise. Le 1er mai, douche sur la ré-

gion de la hanche et sur le côté externe de l'articulation fémoro-tibiale. L'amélioration a encore fait des progrès; la jambe, qui était à demi fléchie sur la cuisse, s'étend facilement et reste sans gêne dans l'extension; la douleur qui existait au niveau de la hanche a beaucoup diminué d'intensité; la malade n'a plus besoin d'aide pour se remuer.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Amaurose par atrophie du nerf optique et épilepsie, guéries par la glace sur le rachis. Une femme de trente-trois ans souffrait, depuis douze ans, de maux de tête, d'accès épileptiques récidivant deux ou trois fois par semaine. Il y a dix ans, sa vue commença à faiblir; elle maintint d'abord le pouvoir de lire au moyen de lunettes; mais en quelques années elle fut obligée de renoncer à la lecture, quel que fût le grossissement artificiel qu'elle employât.

A l'examen ophthalmoscopique, M. Hart trouva le disque optique très-blanc, les veines pleines et tortueuses; pupilles dilatées et absolument immobiles.

Beaucoup de remèdes avaient déjà été essayés sans succès, entre autres l'application de glace sur la tête. M. Hart voulut cependant tenter encore la méthode du docteur Chapman (le froid sur la partie inférieure de la région cervicale), comme moyen d'augmenter l'afflux du sang à travers le système nerveux du grand sympathique. Les relations connues de la région ciliaire de la moelle avec la circulation du cerveau et de l'œil encourageaient *à priori* cette tentative. On appliqua donc, deux ou trois fois par jour, le sac réfrigérant de Chapman, au lieu indiqué, pendant une demi-heure. Au bout de trois jours, le premier effet fut que, mis durant l'accès, il l'abrégea et fit qu'il s'accompagna d'un sommeil profond. On continua cinq semaines, et les accès ne reparurent plus guère que tous les dix jours.

Quant à la vue, cette malade qui, au début du traitement, ne pouvait lire un type moindre que le numéro 10 de Giraud-Teulon, lit maintenant aisément le numéro 4. Ses pupilles, quoique encore paresseuses, sont moins dilatées. Examinés à l'ophthalmoscope, les disques optiques sont moins blancs, ont une couleur plus naturelle. (*The Lancet* et *Gazette médicale de Lyon*, numéro 3.)

Traitement de certaines surdités par le bain d'air comprimé. Le cathétérisme de la trompe d'Eustache n'est une opération innocente que quand il est fait par des mains habiles et exercées, et l'on n'observe que trop souvent des accidents, parfois excessivement graves chez des individus qui ont subi cette opération. C'est là un des inconvénients des insufflations d'air pratiquées suivant la méthode ordinaire. On n'a rien de pareil à redouter en remplaçant l'insufflation par le bain d'air comprimé, et, d'après un travail de M. Bertin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, ce moyen réussit très-bien dans certains cas de surdité (*Montpellier médical*, avril). Quand, dit ce médecin, la membrane muqueuse de la trompe et de l'oreille moyenne, congestionnée par une fluxion sanguine, par un état catarrhal, par suite d'une atonie résultant de diverses causes..., s'oppose à l'arrivée de l'air ordinaire dans ces parties, à l'action qu'il exerce sur elles dans l'état normal, et devient ainsi la cause d'un affaiblissement de l'ouïe capable d'atteindre le degré d'une surdité complète, le bain d'air comprimé fournit un moyen fort utile de guérison. M. Bertin croit, d'ailleurs, que le bain d'air n'agit pas seulement par effet mécanique de la pression élevée à laquelle on peut recourir, mais aussi par l'action plus générale, plus profonde, qu'il exerce sur la vitalité des parties malades et sur toute l'économie.

A l'aide de ce moyen, « l'*injection* » se fait avec douceur et sans douleur; sa force active se gradue facilement, se prolonge et se soutient égale pendant des heures entières, ou s'accomplit par des mouvements d'oscillation, qui lui prêtent une activité particulière, une force désobstruante; enfin, elle

reste toujours exempte des inconvénients plus ou moins graves qu'on a reprochés aux injections diverses accomplies par le cathétérisme. Si le bain d'air ne peut avoir la prétention de remplacer ce dernier moyen dans tous les cas où l'on a recours à lui, il peut, du moins, d'après cela, lui être préféré dans un grand nombre de circonstances. (*Gazette hebdomadaire*).

Recherches sur l'amblyopie et l'amaurose causées par l'abus du tabac à fumer. L'abus du tabac à fumer produit-il une diminution, une abolition même du sens de la vue? On conçoit combien de personnes sont intéressées à la solution de cette question, au milieu de la civilisation actuelle. Une sorte de campagne a été entreprise dans ces dernières années contre le tabac à fumer; nous croyons donc utile de faire connaître à nos lecteurs ce que pense à ce sujet un ophthalmologiste distingué, M. Sichel.

L'auteur rapproche l'amaurose des fumeurs de celle des buveurs, qu'il a le premier signalée en 1837. M. Sichel dit que l'observation de vingt-huit années lui a donné cette conviction que peu de personnes peuvent consommer pendant longtemps plus de 20 grammes de tabac à fumer par jour, sans que leur vision et souvent même leur mémoire s'affaiblissent.

L'auteur cite le fait d'un homme de quarante ans, vigoureux, qui devint complétement amaurotique par suite d'un abus prolongé du tabac à fumer. Cet homme se relevait la nuit pour fumer plusieurs pipes. La cessation de la cause fit seule disparaître l'effet, et le malade recouvrit complétement la vision.

Cette amaurose ne s'accompagne jamais de congestion cérébrale. Les symptômes sont vagues, et flottent entre ceux des amauroses sthéniques et asthéniques. A l'ophthalmoscope, on ne trouve le plus souvent que des signes négatifs : tantôt les papilles optiques sont très-blanches, surtout dans une de leurs moitiés, tantôt un peu injectées; leurs contours mal circonscrits, quelquefois un peu effacés; rétine peu injectée, vaisseaux centraux normaux, ou bien élargis; les veines centrales surtout très-élargies, quelquefois, quand l'affection est arrivée à son dernier degré. La mémoire est souvent affaiblie. Il n'est pas rare de voir l'abus des spiritueux se joindre à l'abus du tabac pour produire l'amaurose; il est difficile de décider alors ce qui appartient à l'une ou à l'autre de ces causes. M. Sichel en rapporte un exemple dans son travail.

Le traitement de l'amaurose des fumeurs est très-difficile. Il varie selon le degré de la maladie et ses complications. S'il existe les signes évidents de congestion, il faut employer les antiphlogistiques et les dérivatifs, mais dans ce cas seulement.

Quand il n'y a pas de congestion, M. Sichel conseille les purgatifs et les minoratifs, surtout la crème de tartre mêlée à parties égales de magnésie, moyen excellent quand l'estomac fonctionne bien et qu'on le fait alterner avec des pilules apéritives de gomme ammoniaque, de sulfate de potasse et d'aloès.

La cessation de la cause joue le principal rôle dans la guérison. Les fomentations des yeux et du front avec de l'eau fraîche, les pédiluves irritants, les ventouses sèches et les sinapismes promenés aux extrémités inférieures, sont d'utiles auxiliaires.

Dans la seconde période, les liniments excitants en frictions à la région circumorbitaire, les vésicatoires volants à la nuque, derrière les oreilles, puis sur le front et les tempes; plus tard même les excitants internes (arnica, noix vomique) trouvent leur indication.

La cessation de l'usage du tabac prime tout le traitement, il faut au moins le réduire très-notablement. Deux petites pipes ou deux cigares par jour sera tout ce qu'il faut permettre.

M. Sichel ne met pas en doute que le tabac fumé et même prisé en excès puisse produire l'amaurose. C'est d'abord une congestion passive chronique, très-peu intense, mais très-persistante des origines des nerfs optiques, qui détermine à la longue une diminution et une abolition de la fonction.

Disons, en terminant, que l'opinion de M. Sichel rencontre des contradicteurs résolus. Ils voient là une amaurose chez un fumeur, et non une amaurose produite par le tabac, c'est une coïncidence et non un résultat. Nous pensons qu'il est très-difficile de se faire une opinion, quand on songe au grand nombre de fumeurs qui ne deviennent pas amaurotiques. Pour être convaincu, je voudrais qu'un ophthalmologiste démontrât que le nombre des amauroses a beaucoup augmenté depuis l'introduction du tabac dans nos usages, et il ne faudrait pas remonter loin pour cela; il ne

suffit pas de dire, sur tant d'amaurotiques, il y avait tant de fumeurs, car je crois qu'on en pourrait dire autant à propos de presque toutes les maladies. Il y a certains pays où l'usage du tabac est beaucoup plus répandu que dans certains autres ; je voudrais que l'on démontrât que l'amaurose est notablement plus fréquente dans les premiers que dans les seconds. En résumé, la preuve de l'existence d'une amaurose des fumeurs et des priseurs ne paraît pas péremptoirement établie. (*Annales d'oculistique*, 31 mars et 30 avril 1865.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Guérison d'un cas de diabète sucré par l'application d'un séton à la nuque. Tout le monde connaît les beaux travaux de M. Claude Bernard sur la glycosurie, et les expériences si intéressantes qui démontrent qu'en excitant chez certains animaux le plancher du quatrième ventricule, on les rend à volonté diabétiques.

Le fait clinique suivant, observé par le docteur Buttura, paraît intéressant à ce point de vue :

Le nommé H***, maçon au Cannet (Alpes-Maritimes), âgé de trente-huit ans, était malade depuis plusieurs années (dix ans, dit-il), lorsque je le vis, à la fin de 1862. Depuis deux ans il ne pouvait plus travailler, il était d'une grande faiblesse et se plaignait de lourdeur de tête; il n'était plus homme, suivant son expression, avait une soif extrême et rendait douze à quinze litres d'urine dans les vingt-quatre heures. Je fis examiner les urines; elles contenaient une quantité notable de sucre.

Je soumis ce malade à l'eau de Vichy, aux toniques, au traitement de Bouchardat, etc., mais inutilement. La quantité d'urine était devenue promptement moindre, mais le sucre y existait toujours, les forces ne revenaient guère et la lourdeur de tête persistait. Après huit mois, je crus devoir tenter autre chose, et j'appliquai un large séton à la nuque. Lorsque la suppuration fut bien établie, la lourdeur diminua progressivement, le sucre diminua peu à peu et les forces revinrent. Trois mois après, H*** pouvait travailler un peu; au bout de six mois, il n'y avait plus de trace de sucre, et, depuis un an, H*** travaille chaque jour, a repris sa vie ordinaire, et malgré le régime le moins indiqué, la guérison se maintient.

Les urines ne contiennent pas de sucre et sont normales. Il y a huit mois que le séton est supprimé. (*Académie des sciences.*)

De l'emploi de la fève de Calabar dans le traitement de la myopie. M. Gustavo Le Bon a extrait de la fève de Calabar un alcaloïde qui jouit de propriétés physiologiques extrêmement curieuses.

Sa dissolution, introduite à la dose d'une goutte entre les paupières d'un myope, produit, au bout de quelques instants, une augmentation considérable dans la portée de la vue. Cette augmentation, qui persiste au moins une heure, est très-facile à constater, car elle n'a lieu que dans celui des yeux qui a reçu la solution. — Par conséquent, en ouvrant et en fermant alternativement les yeux, on s'aperçoit qu'il existe une grande différence dans la portée de la vue de chacun.

Comment agit l'alcaloïde de la fève de Calabar? Est-ce le même que celui qu'a découvert notre collaborateur M. Am. Vée? Agit-il simplement en provoquant la contraction de la pupille, toujours si dilatée chez les myopes, ou bien possède-t-il une action spéciale sur les nerfs? C'est ce qu'il est impossible de décider.

Quoi qu'il en soit, l'alcaloïde de la fève de Calabar pourra être employé avec succès dans le traitement de la myopie. — Ce sera, à notre connaissance, le premier agent thérapeutique qui aura été essayé contre cette infirmité. (*Académie des sciences.*)

Cas de morve guéris par le soufre uni au phellandrium et au sulfate de cuivre. Le professeur Maffei, de Ferrare, après avoir rappelé les résultats négatifs obtenus par l'usage du biarsénite de strychnine sur les chevaux affectés de la morve et du farcin, préconise le sulfate de cuivre uni au soufre et au phellandrium aquaticum, remède qu'il avait déjà trouvé utile dans les maladies du système lymphatique des bœufs, et particulièrement dans les engorgements strumeux des veaux, et dans la tuberculose des membranes

séreuses et des poumons. Voici la formule :

Sulfate de cuivre........ 5 gr. 50 c.
Phellandrium aquaticum.. } ãã 14 gr.
Soufre pur............. }

Pulvérisés et mélangés exactement, on administre deux doses pareilles par jour, matin et soir, dans de la bonne avoine et un peu de son. Après huit jours de traitement, on le suspend pendant huit jours, puis on le reprend pendant huit autres jours, après lesquels on laisse encore reposer l'animal, et on continue ainsi pendant quelques mois.

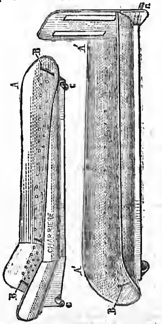
Par cette méthode il a traité, en tout, vingt-quatre chevaux affectés de morve avec tendance au farcin. Dix-huit guérirent, les uns après quarante-cinq jours, d'autres après trois mois, et d'autre après huit mois de traitement ; les autres, présentant des affections compliquantes, furent tués parce que le traitement n'amenait aucune amélioration, et qu'on n'eut pas la patience de le suivre pendant plus longtemps.

De ces résultats l'auteur conclut : la morve et le farcin peuvent être guéris par ce remède, qui, n'étant pas toujours d'un effet certain, n'est pas, à proprement parler, un spécifique, mais qui, dans la grande majorité des cas, procure un heureux résultat ; en outre, il faut mettre les animaux dans les conditions hygiéniques les plus favorables pour aider aux bons effets du traitement, c'est-à-dire les installer dans de bonnes écuries, propres, aérées, désinfectées par de fréquentes fumigations de chlore, les étriller et les bouchonner deux fois par jour, et les nourrir avec du foin choisi, et une ration abondante d'avoine nutritive ; enfin faire faire aux chevaux malades une promenade de 8 à 10 kilomètres, tous les jours ou du moins tous les deux jours, les essuyer lorsqu'ils sont en sueur, et leur mettre une couverture.

Le docteur Alessio Caviglio, vétérinaire de 1re classe au régiment des chevau-légers de Lodi, vient ajouter quelques nouveaux faits heureux de ce traitement, sur vingt-quatre chevaux traités à Ferrare, à Bologne, et dans les dépôts de Cesena, dont il donne les détails. (*Rendic. delle Adun. dell' Accad. med.-chir. di Ferrara.*)

Nouvelle gouttière à irrigations continues. Cet appareil, construit par M. Charrière sur les indications de M. le docteur Carof, de Brest, se compose d'une boîte en fer-blanc, cuivre ou zinc, etc., surmontée d'une plaque de même métal percée de trous et ayant la disposition des gouttières pleines employées pour les fractures des membres.

L'eau qui imbibe les parties coule à travers les trous de la plaque dans la boîte inférieure. Aux extrémités de cette boîte existent deux tubes CC par lesquels l'eau s'écoule, au moyen de tubes en caoutchouc, dans des vases placés sous le lit.



Cet appareil permet : 1o de maintenir le membre blessé et de contenir, s'il y a lieu, une fracture ;

2o De prévenir l'imbibition des linges et du lit du malade, et toutes les conséquences dont on a parlé depuis longtemps ;

3o De généraliser, suivant les indications du chirurgien de tous les pays, l'usage de l'irrigation continue dans les cas de plaie compliquée.

Pour appliquer cet appareil, il n'y a rien à changer dans les modes d'irrigation continue ; seulement, pour que la boîte reste bien placée, on l'immobilise au moyen de ouate, afin qu'elle ne touche pas au malade et ne dérange pas à tout instant. (*Acad. de méd.*)

VARIÉTÉS.

Note sur un cas remarquable de monstruosité, inconnue jusqu'à présent dans l'espèce humaine, appartenant à la classe des monstres doubles hétérotypiens d'Is. Geoffroy Saint-Hilaire (1).

Description du sujet. — *Histoire.* C'est un monstre Portugais de naissance. Nous notons cette circonstance, afin qu'on ne soulève pas de question de nationalité, à propos d'un individu portant des organes génitaux doubles et complets.

Il naquit le 5 septembre 1845, de Antonio dos Santos Pulga et de Anna de Jesus, fut baptisé dans la paroisse de Saint-Pierre de la ville de Faro, province d'Algarve, et reçut le nom de João-Baptista dos Santos. Il a donc dix-huit ans accomplis.

Sa mère, durant la grossesse qui précéda sa naissance, se porta toujours bien, n'éprouva aucune perturbation morale, ni choc, ni chute, ni tout autre accident que l'on puisse ranger parmi les causes prochaines ou éloignées de la conception et du développement de cette monstruosité. João fut son troisième fils. Elle lui donna le jour à l'âge de vingt-deux ans, sans accident et à la fin de neuf mois de gestation.

Des six enfants qu'elle eut, un mourut en bas âge ; quatre autres, deux fils et deux filles, sont forts, bien constitués, ne présentant pas la moindre anomalie. João-Baptista seul porte une difformité constituant la monstruosité dont nous nous occupons aujourd'hui.

Le père vit encore ; la mère mourut à l'âge de trente-trois ans, à ce qu'il paraît, d'affection pulmonaire chronique.

Dès sa naissance, João-Baptista fut visité avec curiosité par les habitants de son pays. Un Anglais, l'ayant vu vers l'âge de sept mois, le demanda à ses parents qui, par un contrat, le lui cédèrent pour le faire voyager dans différentes contrées de l'Europe comme moyen de spéculation. La police n'en permit l'exhibition qu'aux corporations scientifiques. Ce fut pendant ce voyage que le docteur Gorré eut occasion de le voir à Boulogne-sur-Mer. Ce médecin en rédigea une note qu'il adressa au professeur Velpeau, qui la lut à l'Académie de médecine dans la séance du 25 mai 1846 (2).

Cette note présente une description exacte de l'aspect extérieur du monstre encore enfant, le décrit pour ainsi dire comme simple objet de curiosité sous le titre de *Enfant monstrueux*, sans rien dire sur ses fonctions, sans parler de la place scientifique qu'il doit occuper, ni de son importance sous le rapport de la genèse humaine.

Peu de temps après, ne faisant pas la fortune de son protecteur, le monstre fut remis à ses parents, chez lesquels il vécut jusqu'au mois de mai 1864, sans s'être employé à rien d'utile. Ce fut à cette époque que ses directeurs actuels l'engagèrent pour le montrer dans les différentes villes du royaume et de l'étranger. Nous fûmes le voir et eu avons fait la description qu'on va lire :

Description anatomique. — Le monstre est représenté par deux parties bien distinctes : une qui constitue l'autosite, individu bien conformé, d'un extérieur régulier, d'une physionomie agréable, au regard vif indiquant un esprit subtil, d'une hauteur de 1m,64, robuste, yeux et cheveux noirs, teint basané, formes parfaites, correctes, paraissant même, proportionnellement à son développement,

(1) Nous reproduisons cette note d'après le *Journal de médecine de Bruxelles*.
Le sujet dont il s'agit ici s'est présenté tout récemment dans plusieurs hôpitaux de Paris, entre autres à l'hôpital Saint-Antoine.
(*Note de la Rédaction.*)

(2) Il y a ici sans doute erreur de lieu, car il n'y a pas eu de séance à l'Académie de médecine de Paris le 25 mai 1846, mais bien à l'Académie des sciences, où M. Velpeau a lu en effet une note de M. Gorré sur le cas de monstruosité double dont il est question. João-Baptista était alors âgé de huit mois et nos lecteurs trouveront dans notre tome IV, p. 685 (1846) la description qui en a été faite à cette époque par M. le docteur Gorrée.
(*Note du journal de Bruxelles.*)

d'un âge plus avancé qu'il n'est en réalité. Son tempérament paraît être lymphatico-sanguin.

Outre cette partie, qui, comme on le voit, représente l'ensemble d'un individu bien conformé, on remarque les parties *appendiculaires* ou *parasitaires*, selon la nomenclature de Saint-Hilaire.

De la portion la plus antérieure du périnée et de l'arcade pubienne, naît un appendice qui se dirige d'abord presque directement en bas, pour aller ensuite en arrière et en bas, puis, changeant de direction, il se détourne et pend entre les cuisses de l'autosite.



Cette partie appendiculaire a l'apparence de l'extrémité inférieure d'un individu qui serait soudée au point que nous avons indiqué.

Des parties latérales de la symphyse pubienne pendent deux pénis, un de chaque côté, parfaitement constitués, ayant chacun un scrotum bien conformé, avec son raphé, mais ne logeant chacun qu'un seul testicule.

L'espace qui sépare ces deux appareils sexuels est rempli par la première portion de l'appendice que nous avons indiqué plus haut.

Dans la région hypogastrique, dans tout l'espace qui va du rebord supérieur de la symphyse pubienne jusqu'à l'ombilic et son voisinage, dans la direction de la ligne médiane, on remarque une série de plaques, unies les unes aux autres, s'élargissant au voisinage de l'ombilic, de résistance ostéo-cartilagineuse, paraissant être sous-cutanées et parfaitement identifiées avec les parois abdominales.

Description de l'appendice pendant entre les cuisses de l'autosite. — L'ensemble de cet appendice a l'aspect d'un membre inférieur d'un individu humain ; toutefois, dans cette forme générale, on doit distinguer plusieurs parties, savoir :

1° Celle qui descend presque verticalement de la symphyse pubienne, mesurant 13 centimètres ;

2° Celle qui, partant de la précédente, se dirige presque horizontalement en arrière, mesurant 19 centimètres, présentant à sa terminaison une tumeur osseuse que nous considérons comme la région trochantérienne de l'appendice ;

3° Celle qui, partant de la seconde, descend verticalement, mesurant 33 centimètres jusqu'au genou de l'appendice et paraissant représenter la cuisse ;

4° Celle qui, partant de la troisième, se dirige en avant devenant horizontale, mesurant 29 centimètres jusqu'au point que nous considérons comme le tarse de l'appendice. Cette quatrième partie représente les jambes ;

5° Enfin la dernière partie représentant le pied ou plutôt les pieds, mesurant 12 1/2 centimètres.

Dans la constitution anatomique de la première partie, comme dans toutes les autres, entrent des tissus osseux et des tissus mous, mais dans cette pre-

mière partie les tissus durs prédominent notablement, et constituent un axe cylindrique épais, recouvert presque immédiatement par la peau et ayant en tout une circonférence de 16 centimètres. A la palpation, on reconnaît que le cylindre osseux commence dans la symphyse pubienne de l'autosite. Il est enclavé entre les deux pubis, soudé avec eux, et présente dans son étendue des saillies et des dépressions qui, par la régularité de leur disposition, ont l'apparence de corps de vertèbres; cette disposition est plus notable à la face antérieure qu'à la face postérieure. Nous avons cru avoir fait mouvoir, mais d'une manière très-limitée, les différentes pièces composant cette portion de l'appendice. Elle a une longueur de 15 centimètres; à mesure qu'on s'éloigne du pubis, les tissus deviennent plus épais, et à son extrémité on ne distingue plus d'axe central; celui-ci, perdant sa forme cylindrique, s'est élargi subitement, donnant naissance à la seconde partie, qui, se dirigeant en arrière et en bas dans une étendue de 19 à 20 centimètres, forme la portion la plus volumineuse de tout l'appendice, arrondie et ayant 62 centimètres de diamètre. Dans cette portion on ne peut constater la forme des organes osseux; on distingue seulement qu'ils sont très-épais et saillants latéralement. Au point de jonction de cette partie avec la première, il y a une articulation qui permet des mouvements étendus et plus appréciables dans le sens de flexion et d'extension antéro-postérieures. L'ensemble de cette partie a l'apparence d'une fesse, et sur sa limite postérieure on remarque une dépression cutanée. On croirait y voir le vestige d'un anus.

Nous ne comprenons pas pourquoi cette portion soit articulée de manière à permettre des mouvements si étendus.

De cette portion pend, en direction verticale, la troisième partie de l'appendice, qui présente exactement la forme d'une cuisse. Elle a une longueur de 35 centimètres, une circonférence de 52 centimètres dans la partie supérieure, et de 29 centimètres dans la partie inférieure. On y constate un axe central, formé par une pièce osseuse unique, d'une épaisseur égale à celle d'un humérus d'adulte. Cette troisième portion est unie à la seconde d'une manière peu appréciable à la vue; mais l'investigation fait découvrir une articulation permettant des mouvements dans tous les sens, mais plus étendus dans le sens de flexion antérieure qui mesure un angle de 140 à 150 degrés.

La disposition de cette troisième partie est différente de celle des deux premières. Celles-ci, qui représentent la colonne vertébrale et le bassin de l'individu incomplètement inclus dans l'autosite, ont leur face antérieure tournée vers la face antérieure des cavités de l'autosite. Dans la troisième partie, au contraire, la face postérieure de la cuisse est tournée vers la face antérieure de l'autosite.

La quatrième portion se détache de la troisième en se dirigeant en haut et en avant. Elle représente les deux jambes, et est constituée par un unique axe central osseux. Elle a une longueur de 29 centimètres, une circonférence de 16 centimètres dans la région la plus épaisse et de 12 1/2 centimètres dans l'extrémité la plus mince. Son articulation avec la troisième portion est incomplètement ankylosée, de sorte qu'on peut encore lui faire exécuter de petits mouvements de flexion. Nous n'y avons pu constater la présence d'aucun vestige de rotule.

Enfin la cinquième portion de l'appendice représente les deux pieds soudés par leurs bords internes. Ce pied double a une longueur de 12 1/2 centimètres; on y distingue parfaitement les saillies formées par les tubérosités des calcanéums; les os du métatarse ne peuvent être constatés qu'imparfaitement, mais on compte dix orteils avec leurs ongles. Les deux gros orteils sont soudés entre eux, les deux petits avec les deux quatrièmes correspondants; le troisième d'un côté et le second de l'autre se distinguent par leur petitesse notable.

Description des appareils sexuels extérieurs. — Des points que nous avons indiqués, c'est-à-dire des côtés de la symphyse pubienne, naissent deux pénis et deux scrotums. On comprend, par la description que nous avons donnée de l'appendice qui pend entre les deux cuisses de l'autosite, que l'arcade pubienne de celui-ci est divisée en deux portions par le cylindre osseux qui représente la colonne vertébrale de l'individu inclus. Entre chacun des côtés de ce cylindre et la branche ascendante correspondante du pubis est un espace au haut duquel, c'est-à-dire au sommet de cette double arcade pubienne, sont attachés les deux appareils sexuels. Ces deux appareils sont parfaitement con-

stitués. On y distingue bien dans chacun d'eux deux corps caverneux, un prépuce et un gland sillonné et bilabié à l'endroit correspondant à l'origine de l'urèthre.

Le pénis de gauche est un peu plus long et plus volumineux que celui de droite. Il mesure, à l'état de flaccidité, 11 centimètres, et à l'état d'érection, 21 centimètres de longueur. Celui de droite mesure 10 centimètres à l'état de repos, et 18 centimètres en érection.

A chaque pénis correspond un scrotum avec son raphé, mais ne contenant chacun qu'un seul testicule, accompagné de son épidydyme. Les deux testicules, qui devraient occuper les compartiments internes des scrotums (les plus rapprochés de la ligne médiane), manquent; mais on constate que les tissus des scrotums sont attirés, unis par des adhérences aux tissus qui couvrent les côtés correspondants de la colonne vertébrale de l'individu inclus; de plus, presque sur la ligne médiane, on distingue une petite saillie dans laquelle on sent une tumeur dont la nature n'a pu être appréciée.

Description de la région hypogastrique et du bassin de l'autosite. — Dans tout l'espace qui s'étend du rebord supérieur de la symphyse pubienne à un pouce au-dessus de l'ombilic, on remarque une série de plaques ostéo-cartilagineuses, identifiées avec les parois de l'abdomen, unies les unes aux autres, s'élargissant aux environs de l'ombilic, de manière quelles y simulent les vestiges d'os larges, très-amincis. La palpation, qui est douloureuse pour le monstre, fait reconnaître une certaine résistance de ses parois abdominales, qui sont épaisses et dures. La peau de cette région n'a pas ses caractères normaux; elle ressemble plutôt au tissu cicatriciel.

Les rapports du bassin de l'autosite avec la colonne vertébrale, et ceux des deux moitiés du bassin entre elles, sont plus ou moins modifiés. On sait que, dans l'état normal, le bassin de l'adulte forme, avec la colonne vertébrale, un angle obtus ouvert en avant qui ne dépasse pas 115 degrés. Ce degré d'ouverture est indiqué par la disposition de l'angle saillant sacro-vertébral et de l'angle rentrant postérieur correspondant à la dernière vertèbre lombaire. Chez notre monstre, l'angle obtus de la colonne vertébrale avec le bassin exagère son ouverture de près de 30 degrés, ce qui est démontré par l'inclinaison du bassin en bas et en arrière et par l'exagération de l'angle rentrant postérieur.

En outre, la distance qui sépare les deux épines iliaques, antérieure et supérieure, est plus grande qu'à l'état normal. Il s'est passé dans le bassin un travail qui, écartant les deux surfaces articulaires du pubis, a interposé entre elles un coin osseux de quatre centimètres d'épaisseur et représenté par la colonne vertébrale de l'individu inclus.

On comprend donc que le bassin de l'autosite, outre l'exagération de l'inclinaison en bas et en arrière, est comme dilaté antérieurement, y présentant une amplitude plus grande qu'à l'état normal.

Ces dispositions ont été constatées au moyen de la pelvimétrie externe, à laquelle nous avons procédé avec le compas d'épaisseur.

Examen des fonctions du monstre. — Il paraît affable, ami de la société, et spécialement de celle du beau sexe; son intelligence est plus que médiocre, d'une grande facilité de conception. Sa contenance, dans ses rapports avec la société de la capitale, est aisée; il émet facilement son opinion, tout en conservant une certaine retenue, une certaine docilité qui est le naturel de son caractère.

Il dit qu'il vit content, qu'il a toujours bon appétit; il ne se souvient d'avoir été malade qu'une seule fois, de la fièvre intermittente, dont il fut débarrassé au bout de quelques jours d'un traitement approprié. Il ressent de temps en temps une douleur nerveuse dans la région abdominale, qui se calme facilement sous l'influence de quelque potion antispasmodique. Quelquefois, il éprouve une oppression dans le bas-ventre; il lui paraît ressentir comme un tiraillement à l'hypogastre, qui ne présente pas cependant les caractères de mouvements.

Fonctions de l'appendice pendant entre les cuisses. — Il ne peut faire avec lui aucun mouvement actif; cependant, il lui fait prendre toutes les positions, mais principalement celles qui dérivent de la flexion. La sensibilité tactile y est développée jusqu'au métatarse, et les différents degrés de température sont assez bien appréciés, quoique atténués; tout l'appendice; mais principalement la cuisse et la jambe, sont très-sensibles à la douleur. La

faculté sensitive est nulle depuis le milieu du métatarse jusqu'à la pointe des orteils.

Nous n'avons pu constater exactement l'existence et la disposition des artères ; il nous a paru cependant avoir senti des pulsations dans la partie inférieure de la région tibiale antérieure ; les veines du pied sont très-visibles.

Fonctions des organes génitaux. — Le monstre commença à avoir des rapports avec les femmes vers l'âge de quatorze ans. L'érection a lieu presque simultanément dans les deux pénis ; elle commence dans le gauche, puis suit immédiatement dans le droit ; dans cet état, le premier est un peu plus dur que celui-ci. Il peut accomplir le coït avec l'un et l'autre de ces organes, et recommencer avec celui dont il ne s'est pas servi ; il en résulte que la vigueur de l'un des deux membres virils ne prédomine pas de beaucoup sur l'autre.

Le coït s'accomplit promptement et régulièrement des deux côtés, mais le gauche lui faisant éprouver une sensation plus voluptueuse, il s'en sert de préférence. L'éjaculation et la miction se font en même temps par les deux pénis.

Nous exprimâmes notre désir de le sonder pour reconnaître s'il y avait une ou deux vessies, mais le monstre et ses directeurs s'y opposèrent. Les tentatives que nous fîmes pour éclairer ce point, en pressant l'un des urèthres pendant que la miction se faisait par l'autre, ne nous donnèrent qu'un résultat équivoque, à cause de la difficulté de l'accomplissement d'un acte que l'on ne peut le plus souvent exécuter que solitairement.

L'Institut impérial de France, dans sa séance générale du mercredi 5 juillet, et sur la désignation de l'Académie des sciences, a décerné le prix biennal de 20,000 francs institué par l'Empereur à M. Wurtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine.

Les *Conférences historiques*, brillamment inaugurées par M. Verneuil, ont été non moins brillamment couronnées par celle de M. Broca sur Celse.

En terminant sa conférence, l'orateur a rendu un juste hommage à M. Verneuil, qui a conçu le projet de ces conférences, et à M. le doyen Tardieu, qui l'a accueilli et réalisé. Les paroles de M. Broca ont soulevé dans l'auditoire des applaudissements unanimes et répétés.

Mais il y a eu de véritables acclamations, lorsque M. le doyen, prenant la parole à son tour, avec cet art exquis de l'à-propos qu'il possède au plus haut degré et cette éloquence persuasive qui lui est naturelle, a remercié, au nom de la Faculté de médecine et de l'Université, les treize agrégés qui, par leur talent et leur science, ont donné tant d'éclat à ces conférences et en ont assuré le succès. Ce succès obligeait, et M. le doyen a donné une grande satisfaction au sentiment public lorsqu'il a annoncé que l'institution de ces conférences, de temporaire, deviendrait permanente, et qu'il s'occupait d'en organiser de nouvelles pour l'hiver prochain. (*Union médicale.*)

M. Malgaigne, dont la santé, malheureusement, ne s'améliore pas, a donné sa démission de professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris.

On assure que M. Denonvilliers, professeur de pathologie externe, demande à permuter sa chaire pour celle que M. Malgaigne laisse vacante.

Le concours pour une place de prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Duplay.

Un concours pour deux places de chef de clinique médicale, et un concours pour une place de chef de clinique d'accouchements, s'ouvriront le 17 juillet prochain, à quatre heures, à la Faculté de médecine.

Seront seuls admis à concourir (par mesure transitoire) les lauréats de la Faculté et des hôpitaux.

Au moment où nous mettons sous presse, nous apprenons la mort de M. Bauchet, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la connexion entre la phthisie et les maladies utérines, et de la nécessité de traiter ces dernières dans les cas ainsi compliqués.

Par M. le docteur Henry Bennet.

Dans mon *Traité de l'inflammation de l'utérus* j'ai depuis longtemps signalé la liaison qui s'observe souvent entre la phthisie et les maladies chroniques de la matrice. J'y ai établi que l'anémie et la débilitation qu'entraînent si constamment les affections utérines, constituent, par leur réaction sur les fonctions digestive et nutritive, des causes prédisposantes énergiques de consomption pulmonaire, surtout lorsqu'il existe déjà une disposition constitutionnelle.

Pendant les nombreuses années que j'ai pratiqué à Londres comme médecin consultant, j'ai fréquemment vu des cas qui démontrent ce fait, cas dans lesquels des femmes dont la santé était débilitée par des affections utérines, sont devenues victimes de la phthisie. Mais c'est seulement depuis que le soin de ma propre santé m'a obligé à aller, chaque hiver, m'établir au milieu d'une population de phthisiques, à Menton, que j'ai pu reconnaître de quelle extrême fréquence est cette connexité entre les maladies de la matrice et la tuberculisation du poumon. Telle est cette fréquence, en effet, que je trouve chez les malheureuses poitrinaires dont je suis entouré le plus large champ pour l'application pratique de mes connaissances spéciales en pathologie utérine, connaissances qui m'ont été d'un puissant secours pour le traitement de mes malades, en ajoutant un important contingent à mes moyens thérapeutiques. Aussi, trouvant que l'expérience de chaque hiver vient confirmer sur ce point l'expérience acquise les années précédentes, je voudrais attirer, et avec plus de force, l'attention de mes confrères sur ces faits dont l'importance est visible.

La phthisie est essentiellement une maladie de faiblesse. Elle attaque principalement ceux qui ont reçu de leurs parents une organisation manquant de vitalité, ou qui ont porté atteinte à la vitalité d'une constitution originairement bonne par des excès de quelque genre que ce soit, ou chez lesquels une telle constitution a été altérée par des misères et des privations indépendantes de leur propre volonté. En un mot, la phthisie est une maladie de vitalité défective, et les lésions qui abaissent l'énergie vitale, telles que les lésions utérines, ont pour double effet et d'en amener le développe-

ment et d'en empêcher l'arrêt et la guérison, lorsqu'une fois elle s'est développée.

Ce dernier point est un fait dont je demeure profondément convaincu par les résultats de ma pratique à Menton. Grâce au concours du soleil, d'un air sec et salubre, d'une température douce, d'un traitement tonique rationnel, hygiénique, diététique et médicinal, je trouve que la consomption pulmonaire, dans cette contrée favorisée, surtout à ses premières périodes, n'est plus cette maladie rebelle que j'avais connue d'abord à Paris et à Londres. Après six hivers passés à Menton, je suis maintenant entouré d'une petite tribu, si je puis ainsi parler, de cas de phthisie guérie ou arrêtée, parmi lesquels le mien propre, peut-être, est le plus remarquable. Ce résultat curatif, cependant, n'a été obtenu, dans chacun de ces cas, qu'en relevant et améliorant les facultés organiques, et principalement celles de la nutrition. Si un phthisique peut obtenir de l'amélioration dans sa santé générale, si par là il arrive à manger et à dormir, s'il digère bien et assimile ses aliments, la victoire est à moitié gagnée; et ce qui aide surtout le médecin à atteindre ce but, c'est la bonne chaleur solaire, c'est l'air à la fois sec, frais et vivifiant, c'est en un mot l'excellent climat de la Rivière. Mais que faire avec un malade qui est sans appétit, qui a des nausées, auquel la vue et le nom même des aliments causent du dégoût, et qui ne veut ni ne peut manger? Comment remonter les forces organiques dans de telles conditions; comment faire cesser l'anémie et la débilité; et comment tenir en échec et subjuguer la maladie tuberculeuse de la poitrine? C'est ce qui est absolument impossible : or, tel est en général l'état dans lequel se trouvent les femmes phthisiques qui sont atteintes d'une affection utérine.

Ces faits se sont, je puis le dire, imposés de force à mon esprit. Je n'étais pas disposé à reconnaître l'existence d'une lésion utérine chez ces malades. Très-sensible au reproche si souvent adressé à ceux qui ont beaucoup étudié un sujet, qu'ils voient ce sujet partout, j'essayai d'abord de fermer les yeux à l'évidence. Je m'efforçai de croire que j'avais uniquement à combattre un trouble fonctionnel, jusqu'à ce que le cortége familier des symptômes vint positivement commander mon attention et me faire une obligation et un devoir de porter mes investigations, mes soins sur ce que je savais être un élément d'une importance capitale pour le bien de la malade.

Que des affections inflammatoires subaiguës et chroniques de la muqueuse de l'utérus et de son col coexistent souvent avec la phthi-

sie, c'est ce qui ne saurait nous surprendre quand nous réfléchissons que des manifestations morbides vers le système muqueux forment un des trait principaux de la constitution strumeuse, constitution dans laquelle la maladie tuberculeuse a le plus de tendance à se montrer. Nous devons nous rappeler aussi que la période de la vie pendant laquelle se manifeste le plus fréquemment la consomption pulmonaire est celle qui se trouve comprise entre ving et trente ans. Or, cette période, chez la femme, est également celle de la plus grande activité utérine, celle par conséquent où les maladies inflammatoires des organes utérins ont leur maximum de fréquence.

La coexistence d'une maladie utérine avec la phthisie n'échappera pas à un examen attentif des phénomènes utérins. La présence persistante de la leucorrhée, de la dysménorrhée, de la ménorrhagie, les irrégularités dans la périodicité et la nature des phénomènes menstruels, les douleurs ovariques et lombaires dans l'intervalle des règles, etc., rendent probable l'existence d'une maladie utérine. Cette probabilité devient une certitude, s'il y a en même temps perte de l'appétit, état nauséeux, vomissements. A une époque avancée de la phthisie, l'aménorrhée dénote, non la présence de complications utérines, mais l'appauvrissement du sang et la diminution de sa masse.

Il est de la plus haute importance pour les malades que les affections utérines coexistant avec la consomption pulmonaire ne soient pas abandonnées à elles-mêmes, mais qu'au contraire elles soient l'objet d'un traitement [1]. Y a-t-il inflammation chronique, il faut en obtenir la résolution ; y a-t-il des ulcérations, elles doivent être cicatrisées par les moyens locaux appropriés. Autrement les malades n'ont aucune chance de se rétablir. Elles ne peuvent manger, et si elles ne peuvent manger, c'est une autre cause de mort qui vient s'ajouter et qui doit les faire succomber plus tôt. Il y a là une nou-

---

[1] Parmi les auteurs qui ont le plus fortement signalé l'influence réciproque de la tuberculisation pulmonaire et des affections utérines, se trouve un des plus actifs collaborateurs du *Bulletin de Thérapeutique*, Aran, dont la mort prématurée a été une perte pour la science. Dans ses *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, on peut voir en maint passage qu'il regardait, au moins dans beaucoup de cas, les affections utérines comme exerçant une sorte de révulsion favorable à la maladie de poitrine, et il énonce le précepte de les respecter, tout en en modérant les accidents, quand ils deviennent trop pénibles. Les opinions de M. Bennet et d'Aran sont donc opposées, comme on le voit; peut-être cette opposition tient-elle aux différences de conditions sociales, de milieu, de climat, où l'un et l'autre ont observé.

(*Note de la Rédaction.*)

velle preuve de la solidarité de l'art, de ce fait, évident par lui-même, qu'un bon praticien est obligé de se tenir au courant de toutes les branches de la médecine. Mon expérience à Menton m'a prouvé de la manière la plus indubitable que beaucoup de femmes phthisiques doivent chaque année succomber à cette cruelle maladie, parce qu'une chance de guérison a été négligée faute d'avoir reconnu chez elles des lésions utérines sérieuses. Or, ces sortes de lésions peuvent très-facilement, chez ces malades, rester inaperçues, les symptômes thoraciques formant les traits prédominants de leur maladie et accaparant l'attention à l'exclusion des symptômes utérins. Ces derniers sont supposés, si on les aperçoit, être purement fonctionnels, être la conséquence de l'état maladif général, et sont abandonnés à la nature. D'un autre côté, les malades atteintes de tubercules pulmonaires n'ont pas l'idée de consulter un médecin adonné spécialement à la pratique des maladies des femmes, familiarisé avec toutes les phases des affections utérines; c'est à un médecin ordinaire, c'est-à-dire non spécialiste, qu'elles s'adressent, dont l'attention n'a souvent pas été beaucoup dirigée sur cette classe de maladies, et qui fréquemment incline à penser qu'on s'en est occupé plus qu'il n'y avait lieu dans ces dernières années. Ainsi cet élément se trouve négligé, et cette négligence ne peut nécessairement qu'être fatale aux malheureuses malades. Les cas suivants feront voir la portée de ces faits : ils ont été choisis à dessein pour mettre dans tout son jour l'influence des affections utérines, quand elles compliquent la phthisie, aux différentes phases de l'existence féminine.

Obs. I. — Une dame, âgée de cinquante ans, mère d'une famille nombreuse, d'une santé délicate depuis plusieurs années, devint sujette, l'hiver dernier, à une toux fatigante et continuelle. Au printemps, elle vint à Londres, et consulta un médecin qui reconnut un dépôt tuberculeux considérable au sommet du poumon gauche. Le conseil lui fut donné de passer l'hiver dans le Midi et elle vint à Menton. S'imaginant à tort que le climat suffirait pour la guérir, elle laissa passer l'hiver presque entier sans demander avis, et alors, loin de se trouver mieux, se sentant plus mal, elle me fit appeler. Je trouvai une masse de tubercules ramollis à la partie supérieure du poumon gauche, avec les symptômes correspondants habituels. La santé générale était perdue, les forces abattues, l'appétit mauvais, il y avait des crises fréquentes de spasmes à l'estomac. Les règles étaient irrégulières, à cause de l'imminence de la ménopause, et il y avait beaucoup de troubles vers la matrice, plus qu'il ne semblait naturel dans les circonstances. Cette dame avait vu un éminent accoucheur quelques années auparavant pour des

symptômes utérins, et on lui avait appliqué des sangsues sur le col. Elle paraissait n'avoir qu'une idée confuse de son état à cette époque, et n'avait évidemment suivi que d'une manière incomplète les conseils qui lui avaient été donnés. J'insistai sur la nécessité d'un examen local, et je trouvai une ulcération considérable du col, avec un polype muqueux du volume d'un grain de raisin. Chez cette malade, l'affection utérine datait de plusieurs années et remontait probablement à un accouchement ou à une fausse couche; elle avait persisté sous une forme obscure, avait ruiné la santé générale par une réaction sympathique sur les fonctions nutritives, et bien évidemment s'opposait à ce que la malade obtînt du climat et du traitement général les avantages qu'elle en aurait retirés dans d'autres conditions.

Obs. II. — Une dame, âgée de trente-cinq ans, mère d'une nombreuse famille, réclama mes soins au mois de novembre. Elle était accouchée peu de mois auparavant; une toux, qu'elle avait eue pendant quelque temps, s'aggrava, et à l'examen des poumons, on trouva un dépôt tuberculeux manifeste sous la clavicule droite, avec des signes de ramollissement. Le voyage pour venir à Menton avait été supporté avec beaucoup de peine, et quand je vis la malade, elle se trouvait dans un état général des plus mauvais. Les principaux symptômes accusaient surtout des troubles du côté de l'estomac et du foie : la langue était chargée, il y avait une anorexie complète, des nausées et des vomissements après chaque repas. La persistance de ces symptômes me fit pousser plus loin mes investigations, et j'arrivai à me convaincre qu'il y avait là-dessous une affection utérine. A l'examen, je trouvai une ulcération étendue du col, un utérus trois fois plus volumineux et plus pesant qu'à l'état normal, et en rétroversion. Il a fallu un traitement long et fatigant, et ma malade a été bien souffrante; mais les lésions utérines ont fini par céder peu à peu, et les symptômes généraux se sont améliorés *pari passu*. Les vomissements ont complétement cessé, et comme les symptômes du côté de la poitrine, non-seulement sont stationnaires, mais même vont diminuant, j'ai bon espoir pour le résultat final. Quelles eussent été les chances de cette malade, si l'état de l'utérus n'avait pas été reconnu à temps?

Obs. III. — Une dame allemande, âgée de trente-deux ans, ayant eu quatre enfants dans l'espace de cinq ans, avait été envoyée à Menton pour une phthisie reconnue l'été dernier. Je trouvai un dépôt tuberculeux ramolli non douteux, s'étendant de la clavicule gauche à la région précordiale, et, comme dans le cas précédent, un état de trouble général considérable. Les symptômes prédominants, ceux de l'affection pulmonaire mis à part, étaient une absence complète d'appétence pour les aliments, et des vomissements après leur ingestion. Ce symptôme avait beaucoup fixé l'attention en Allemagne, mais avait été envisagé comme dépendant de la toux, qui était extrêmement fréquente et très-pénible. Cette explication toutefois ne me parut pas complétement satisfaisante, et en me livrant à une enquête attentive, je trouvai des signes ra-

tionnels d'une altération de l'utérus, et l'examen direct me fit reconnaître une déchirure du col utérin résultant d'un accouchement, une large ulcération et une augmentation considérable du volume de la matrice. Dans ce cas, comme dans le précédent, les symptômes utérins existaient depuis plusieurs années. Le traitement ici fut également long et difficile; mais il a été suivi de succès : les vomissements ont complétement cessé, les fonctions digestives se sont rétablies, et la malade est maintenant entrée dans une phase qui permet plus d'espoir.

Obs. IV. — Une jeune dame française, mariée, se confia à mes soins, en novembre dernier, pour une affection tuberculeuse des poumons. Elle avait des tubercules ramollis aux deux sommets, mais n'y occupant qu'un siége peu étendu. La maladie avait été reconnue quatre mois auparavant, peu de temps après le premier accouchement. Avant de devenir enceinte, cette jeune dame avait eu une pleurésie, et, pendant toute sa grossesse, elle avait constamment toussé. Elle était très-pâle, amaigrie, avait la langue blanche et pas d'appétit. Au bout de quelque temps, des symptômes de dysménorrhée très-douloureuse vinrent donner l'éveil à mon attention; j'interrogeai avec soin la malade, et je constatai tout le cortége des symptômes utérins, remontant à une année avant le mariage. Elle avait toujours été d'une bonne santé pendant son enfance et sa première jeunesse, qu'elle avait passées à la campagne. Menstruée à l'âge de quinze ans, elle l'avait ensuite été très-régulièrement les trois années suivantes, ses règles, durant quatre jours, étant d'une quantité normale et tout à fait exemptes de douleur. Vers dix-huit ans, sans cause qu'elle ait pu apprécier, la menstruation commença à devenir douloureuse et irrégulière, et la santé s'altéra. Mariée dans le cours de sa dix-huitième année, elle eut une fausse couche au bout de quelques mois, laquelle fut suivie d'une métrorrhagie qu'aucun traitement ne modifia. Vinrent ensuite un état de grande faiblesse, la pleurésie, la bronchite, la grossesse et l'accouchement, la constatation des tubercules pulmonaires, et le séjour pendant l'hiver à Menton. Je vis immédiatement qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une maladie utérine non reconnue, que cette affection devait avoir commencé avant le mariage, qu'elle avait été aggravée par celui-ci, et qu'elle était la cause de l'avortement, de la dysménorrhée, de la ménorrhagie, de la débilitation générale, et ainsi indirectement de la phthisie. A l'examen, je reconnus beaucoup d'inflammation utérine et vaginale, avec ulcération du col. Comme ceux qui précèdent, ce cas a été difficile à traiter, mais la situation est maintenant satisfaisante. La maladie utérine est complétement guérie, l'appétit revenu, et l'affection de poitrine enrayée.

Obs. V. Une dame russe, âgée de quarante-cinq ans, mère de plusieurs enfants, vint à Menton au commencement de l'hiver et se confia à mes soins. Atteinte d'une tuberculisation étendue des deux poumons, elle alla déclinant de jour en jour, à mesure que la saison avançait, mais sans souffrir, grâce à la douceur du climat, qui lui permettait de respirer l'air extérieur et de s'exposer aux

rayons bienfaisants du soleil, ce qu'elle put faire d'abord dans des promenades en voiture, puis plus tard en se faisant transporter dans un fauteuil sur la terrasse de sa demeure; elle finit par s'éteindre doucement, au bout de trois mois. Cette dame était affectée, lors de son arrivée, d'une irritation utérine considérable, reste d'une grave maladie de matrice qu'elle avait eue à la suite d'une couche, et qui, restée longtemps inaperçue, avait enfin été l'objet d'un traitement prolongé sous la direction de quelques-uns des plus éminents spécialistes de notre époque. C'était son impression, et c'est aussi la mienne, que sa constitution avait été minée par la réaction de la maladie utérine, et que c'était là le point de départ de la ruine définitive de sa santé et de la phthisie qui devait la conduire au tombeau.

Obs. VI. Il y a quelques années, je fus consulté pour une jeune dame, âgée de vingt-quatre ans, qui avait une affection tuberculeuse des deux poumons, très-étendue au sommet gauche, légère encore au sommet droit. Elle avait beaucoup de peine à manger et à retenir ses aliments ou l'huile de foie de morue, ayant de fréquents vomissements; elle avait de la leucorrhée; les règles étaient trop abondantes, se prolongeaient pendant une trop longue durée et revenaient trop souvent. Je soupçonnai dès l'abord une maladie de l'utérus, mais je voulus avant tout essayer un traitement général, des bains de siége, des injections, etc. Après avoir suivi cette voie pendant plusieurs mois sans aucune espèce d'amélioration, ni du côté de la poitrine, ni du côté de la matrice, je crus qu'il était de mon devoir de n'en pas rester là et d'en arriver à un examen. Je trouvai, ainsi que je m'y attendais, beaucoup d'inflammation de la vulve, du vagin et du col, avec une ulcération de ce dernier, pénétrant dans sa cavité. Ce cas me donna beaucoup d'inquiétude et de peine. L'examen le plus léger, la plus légère tentative pour le traitement local amenaient des vomissements et de la fièvre, en sorte que j'avais à me diriger le mieux qu'il m'était possible outre ces difficultés. Laisser l'utérus à lui-même, c'était abandonner la malade à une mort certaine; car il était clair pour moi, d'après les antécédents, que la maladie utérine avait précédé le développement de la phthisie, l'avait même probablement provoqué, et entretenait indirectement l'affection pulmonaire; et pourtant, d'un autre côté, les moyens locaux, le toucher lui-même, avaient pour effet d'aggraver momentanément l'état de la malade. Je parvins toutefois, à la fin, à guérir l'affection utérine; et, à partir du moment où cette guérison a été obtenue, il y a de cela trois ans, la maladie de poitrine est devenue stationnaire. Je revis cette jeune dame, à la fin de l'hiver, à Londres, en consultation avec le docteur Williams, et nous nous accordâmes tous deux à penser qu'il était difficile d'espérer qu'elle pût survivre au delà de deux années. Les deux années sont écoulées, et elle est maintenant beaucoup mieux, beaucoup plus forte qu'elle n'était à cette époque, et je ne suis pas sans espérer maintenant que peut-être elle pourra se rétablir tout à fait.

Je dois remarquer, en terminant, que dans tous les cas de ce genre, le traitement de l'inflammation utérine chronique est excessivement fastidieux et pénible. Les malades, en raison de l'état cachectique dans lequel elles sont tombées sous l'influence de leur double maladie, ne répondent pas comme le font les autres au traitement qu'on leur fait subir. De plus, les moyens chirurgicaux topiques, qui doivent être mis en usage si l'on veut guérir l'utérus, quelque soin qu'on apporte à les choisir, quelque douceur qu'on mette à les appliquer, sont propres à accroître d'abord l'état de souffrance. Il faut donc beaucoup de courage et beaucoup de confiance, tant de la part du médecin que de celle de la patiente, pour continuer, peut-être pendant des mois, un traitement qui souvent semble rendre la situation moins bonne. Et cependant, je le répète de nouveau, il est absolument nécessaire que l'affection utérine soit soignée et guérie, si l'on veut que le climat et le traitement aient chance d'avoir prise sur la maladie du poumon. Quelle espérance de rétablissement peut-il y avoir pour une pauvre malade sous le coup de la cachexie tuberculeuse quand les fonctions digestives sont sans cesse en désordre, et quand médicaments et aliments sont constamment rejetés, comme c'est le cas pour presque toutes les phthisiques que je rencontre affectées en même temps d'inflammation utérine?

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des applications topiques de teinture d'iode sur le col de l'utérus.

Par M. le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, etc.

De nombreux agents thérapeutiques ont été appliqués directement sur le col de l'utérus pour le traitement des diverses affections, et en particulier des ulcérations dont cet organe peut être le siége. Il est bien peu de substances médicamenteuses qui n'aient été ainsi employées. Cependant si les narcotiques ou les émollients, et parfois même les corps les plus inertes ont été appliqués de diverses manières sur le museau de tanche, nous devons reconnaître que ce sont surtout les astringents et les caustiques auxquels on a le plus généralement recours pour cet usage. Presque tous les médicaments qui composent ces deux groupes ont été tour à tour expérimentés avec succès, et il en est bien peu parmi eux qui n'aient eu leur jour de vogue et d'engouement. Il pourrait donc sembler indifférent de

s'adresser à l'un ou à l'autre de ces agents thérapeutiques. Mais combien en est-il qui aient vu se perpétuer la vogue des premiers jours ? Il est rare que l'enthousiasme qui les a tous accueillis à leur apparition ait été de longue durée, et les déceptions remplaçant bien vite les succès brillants, il n'est pas un seul de ces topiques les plus vantés — sauf peut-être le nitrate d'argent — qui n'ait été abandonné bien vite, et souvent même par ceux qui l'avaient le plus prôné tout d'abord.

Il n'est pas aussi difficile qu'on serait tenté de le croire de trouver la cause de ces entraînements si passionnés, suivis bientôt d'abandons également irréfléchis. Bien peu des médicaments dont nous nous occupons peuvent satisfaire à la fois à toutes les exigences thérapeutiques, et on conçoit qu'après avoir réussi dans certains cas bien déterminés, chacun d'eux doive échouer dans d'autres tout différents des premiers. — Or, et nous pouvons faire cette remarque d'une façon générale, on ne s'est pas assez occupé de préciser les indications diverses qui doivent diriger le praticien dans la préférence à donner à tel topique plutôt qu'à tel autre. Ce n'est pas que ces indications soient restées inconnues; chaque expérimentateur en particulier sait très-bien reconnaître à quels cas spéciaux doit être appliqué le médicament qui réussit entre ses mains et dont il cherche à vulgariser l'emploi. Mais, soit inattention, soit négligence, soit difficulté de donner une description suffisamment saisissante de ces nuances, que l'expérience permet à chacun de saisir et que le langage se refuse parfois à exprimer, la vérité est que ces nuances échappent le plus souvent à ceux qui veulent répéter les expériences. De là résulte que les nouveaux essais sont faits souvent sans règle ni mesure, et que tel médicament qui peut offrir une ressource précieuse dans certains cas parfaitement déterminés, est abandonné parce qu'on a eu la malheureuse idée de l'appliquer à tout propos et dans des circonstances où il ne pouvait en aucune façon réussir. Cette expérimentation à bâtons rompus a été non pas exclusivement, mais surtout pratiquée sur une grande échelle, à propos du traitement des maladies de l'utérus, et c'est ce qui fait que le praticien se trouve souvent impuissant à combattre, non pas faute d'armes, mais parce que toutes celles qui jonchent son arsenal ont été émoussées par des mains inhabiles à les manier.

Il n'est pas douteux pour moi que chacun des médicaments ou, pour mieux parler, des agents thérapeutiques qui ont été vantés et qui tous ont réussi dans un plus ou moins grand nombre de cas,

doit avoir une efficacité réelle; seulement le difficile et l'important est de déterminer d'une façon suffisamment rigoureuse dans quelles circonstances spéciales chacun d'eux trouve son application. Cette étude ne peut être faite sur les observations déjà publiées, car, ainsi que je le faisais remarquer il n'y a qu'un instant, les auteurs de ces observations ont rarement réussi à donner des descriptions assez exactes et assez détaillées pour que nous puissions distinguer nous-mêmes les différences de détail qui les ont certainement frappés dans leur pratique et qui leur ont servi pour diriger leur conduite.

Il y a donc là une immense lacune que nous ne pouvons combler qu'en faisant de nouveau appel à l'expérimentation; c'est ce que j'ai entrepris. Si longue et si pénible que puisse paraître une pareille tâche, elle offre assez d'attraits par l'importance et l'intérêt du sujet pour mériter d'être poursuivie avec ardeur et persévérance : elle présente du reste cet avantage de pouvoir être fractionnée en parties assez distinctes les unes des autres pour que chacune d'elles soit étudiée et exposée séparément. Grâce à cette facilité de diviser le sujet, je puis dès aujourd'hui faire connaître le résultat de quelques-unes de mes recherches, et, sans prétendre donner les indications qui commandent l'emploi de chacun des nombreux topiques qui ont été portés sur le col de l'utérus, je suis en mesure d'indiquer au moins dans quelles conditions l'un d'eux doit être préféré et m'a donné des résultats avantageux. Je veux parler de la teinture d'iode, qui a été essayée, il est vrai, et que, faute de savoir l'appliquer à propos, on a laissé tomber dans un abandon immérité.

M. Boinet, qui a expérimenté l'iode à peu près dans toutes les maladies connues, ne pouvait manquer de le conseiller dans le traitement des affections utérines, et quoiqu'il ait été devancé dans cette pratique par deux médecins belges, il est certainement un des premiers qui ont eu l'idée de porter l'iode dans le vagin et sur l'utérus. Mais il l'a fait à peu près indifféremment dans toutes les affections de ces organes qu'il a eu à soigner, et, tout en enregistrant des succès, il n'a pas pu préciser quels sont les cas dans lesquels ce traitement lui a le mieux réussi; c'est du moins ce qui résulte du passage suivant de son livre : « Depuis plusieurs années, dit-il, nous avons employé avec succès les badigeonnages avec la teinture d'iode dans les écoulements muqueux ou purulents utéro-vaginaux, dans les engorgements, les ulcérations et granulations du col de l'utérus. Nous pourrions citer de nombreux et remarqua-

bles exemples de guérison ; nous en citerons seulement quelques-uns. » (Boinet, *Iodothérapie*, p. 745.)

Les exemples que M. Boinet vient d'annoncer sont au nombre de huit, parmi lesquels il y a une leucorrhée, deux vaginites, quatre aménorrhées et une hydrométrie (laquelle, comme il le fait fort judicieusement remarquer, ressemble à s'y méprendre à un kyste de l'ovaire) ; quant aux ulcérations du col, il n'en est pas question, et l'aspect même du museau de tanche n'est pas décrit dans les observations rapportées. Cet oubli est d'autant plus important que c'est justement dans le traitement de certaines formes d'ulcérations du col que la teinture d'iode est réellement utile et doit être préférée aux autres topiques.

On sait que, tout en dépendant d'une même cause anatomique, l'inflammation de la muqueuse utérine, et particulièrement de ses follicules mucipares, les ulcérations du col de l'utérus peuvent affecter des formes assez variées, revêtir des aspects assez divers pour qu'on leur donne des qualifications différentes. A chacune de ces qualifications correspond un état spécial qui, s'il ne constitue pas une maladie nouvelle, implique un degré particulier dans la gravité ou dans la ténacité de la même espèce nosologique et dès lors commande un traitement différent.

De ces ulcérations, la plus simple, celle qui est constituée par l'inflammation d'un petit nombre de follicules, qui n'a pas encore creusé profondément dans le tissu utérin, qui ne s'accompagne pas d'hypertrophie du col ni d'une induration phlegmasique des tissus péri-utérins, celle en un mot qui est généralement décrite sous le nom d'exulcération, cède habituellement aux traitements les plus anodins. Les injections astringentes suffisent pour la guérir, et si elle résiste, quelques applications de nitrate d'argent, soit solide, soit en solution concentrée, en feront bonne et prompte justice. Mais à un degré de plus, cette ulcération se présente à l'état fongueux, elle saigne au moindre contact. La surface ulcérée, au lieu d'être limitée à quelques millimètres au pourtour du col, s'étend à toute la surface du museau de tanche et pénètre jusque dans son orifice. Le col lui-même est plus volumineux qu'à l'état normal, et le corps participe à cette augmentation de volume qui était si bien caractérisée par le mot *engorgement*, dont personne n'ose plus se servir aujourd'hui. Souvent même cet utérus, ainsi augmenté de volume et devenu plus lourd, est aussi moins mobile, fixé qu'il est par l'épaississement inflammatoire des tissus environnants, ce dont témoignent les bosselures et les brides qui l'entourent.

Quand les choses sont en cet état, les cautérisations au nitrate d'argent ne suffisent plus pour amener la guérison, et c'est alors qu'il faut recourir à la teinture d'iode. Je l'applique le plus simplement du monde avec un pinceau de charpie qui en est imbibé et que je promène sur toute la surface ulcérée, préalablement mise à découvert par le spéculum. Quelques faits choisis parmi ceux que j'ai eu occasion d'observer montreront comment agit ce médicament et combien est grande son efficacité quand il est employé à propos.

Obs. I. Charlotte R***, italienne, corsetière, âgée de vingt-sept ans, mariée, entrée le 10 janvier 1865 à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 43.

Cette femme, interrogée et examinée avec soin, présente tous les symptômes d'une fièvre typhoïde légère, qui, dès le commencement de février, est presque complétement guérie, après avoir été traitée par quelques purgatifs, des boissons délayantes, la diète et quelques lavements émollients.

Au moment où elle entre en convalescence et où nous nous disposons à lui donner son exeat, elle se plaint de quelques douleurs dans la région des aines, dans le bas-ventre, et d'un écoulement leucorrhéique assez abondant qu'elle avait avant son entrée à l'hôpital et pour lequel elle demande des soins.

Cette femme a toujours été bien réglée.

Le 4 février. Alors qu'elle est à peu près complétement guérie de sa fièvre typhoïde, je procède à l'examen des organes génitaux et je trouve, par le toucher vaginal, que le col est très-volumineux, mou, un peu incliné en arrière, quoique le corps de l'utérus ait sa position normale.

Au spéculum : le col est gros, violacé, ulcéré sur toute sa surface, qui est saignante et présente un aspect fongueux. Il y a un écoulement muco-purulent abondant. *Dimensions du col :* diamètre antéro-postérieur, 39 millimètres; diamètre transversal, 34 millimètres. (Application de teinture d'iode, injections de feuilles de noyer, grand bain.)

Le 7 février. *Dimensions du col :* diamètre antéro-postérieur, 34 millimètres; diamètre transversal, 26 millimètres (Application de teinture d'iode.)

Le 12 février. *Dimensions du col :* diamètre antéro-postérieur, 32 millimètres; diamètre transversal, 26 millimètres. L'aspect du col est bien modifié, l'ulcération a diminué considérablement d'étendue et commence à se recouvrir d'épithélium. (Application de teinture d'iode.)

Le 25 février. Il y a amélioration considérable des parties malades. (Application de teinture d'iode.)

Le 4 mars. L'amélioration se continue; il reste encore cependant une petite ulcération qui occupe seulement le pourtour de l'orifice du col. *Dimensions du col :* diamètre antéro-postérieur, 34 millimètres; diamètre transversal, 28 millimètres. (Cautérisation avec le nitrate d'argent.)

Les règles surviennent dans la nuit du 5 au 6 mars; elles coulent normalement.

Le 11 mars. Le col est tout à fait revenu à l'état normal. (Application de la teinture d'iode.)

Le 15 mars. La malade est complétement guérie, il n'y a plus d'écoulement; elle demande à sortir et est envoyée à l'asile de convalescence du Vésinet.

Dans ce cas, que j'ai choisi parce que les choses se sont présentées dans le plus grand état de simplicité possible, on voit qu'il a suffi de quatre applications de teinture d'iode pour guérir une ulcération fongueuse d'assez mauvais aspect et de date ancienne. Le médicament employé a eu surtout ce grand avantage de diminuer le volume du col utérin presque aussi rapidement qu'il cicatrisait l'ulcération dont cet organe était le siége, puisque son diamètre antéro-postérieur est descendu en huit jours de 39 millimètres à 32, et son diamètre transversal de 34 à 26. Il est vrai que, quelques jours après, chacun de ces deux diamètres a un peu augmenté, mais nous étions alors à la veille d'une époque menstruelle, et on sait que la congestion qui survient à chacune de ces époques suffit pour augmenter les dimensions de l'utérus.

Dans l'observation suivante, l'effet de la teinture d'iode a été tout aussi rapide pour favoriser la cicatrisation d'une ulcération ancienne, entretenue par un état diathésique grave, et pour diminuer considérablement le volume du col; c'est ce qui fait que je la rapporte ici, quoique la malade n'ait pas eu la patience d'attendre une guérison plus complète. On y remarquera que, contrairement à ce qui a été vu par M. Boinet, les applications de teinture d'iode n'ont eu aucun effet pour faire disparaître une aménorrhée qui datait de quatre mois; mais je dois dire que dans d'autres cas je les ai vues hâter le retour des règles.

Obs. II. P*** (Louise), fille âgée de vingt-sept ans, fleuriste, née à Paris. Entrée le 7 octobre 1864 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Adélaïde, n° 20. Cette femme a toujours habité Paris. Elle

a été réglée à douze ans pour la première fois, et ses règles sont venues de suite, régulières, abondantes, d'une durée de trois jours : elles étaient précédées et suivies de leucorrhée. A quinze ans elles ont commencé à devenir irrégulières et se sont interrompues une fois pendant trois ou quatre mois consécutifs. Cette époque de la vie de la malade a été encore caractérisée par des phénomènes importants. De quinze à dix-sept ans, en effet, elle a éprouvé un grand nombre d'attaques d'hystéro-épilepsie. Il est vrai qu'elle en avait déjà eu une première à l'âge de six ans, à la suite d'une grande frayeur. Depuis cette circonstance, ces attaques avaient été très-rares et ne s'étaient reproduites qu'à de longs intervalles ; mais durant la période de quinze à dix-sept ans, elles devinrent plus fréquentes et se répétaient jusqu'à trois ou quatre fois par semaine. Elles étaient caractérisées par un cri aigu, suivi de perte de connaissance ; la malade tombait, de l'écume sortait de sa bouche, et après l'attaque elle constatait elle-même qu'elle s'était mordu la langue.

C'est à dix-sept ans qu'eut lieu pour elle le premier rapprochement sexuel, qui eut pour conséquence de rendre ses menstruations plus régulières et plus abondantes : la durée des règles devint aussi plus longue et fut de six jours ; mais le sang était pâle, et dans leur intervalle il y avait de la leucorrhée. P*** devint enceinte pour la première fois à dix-huit ans. L'accouchement se fit à terme, mais se compliqua d'éclampsie et d'albuminurie. Elle a eu depuis trois grossesses, qui se sont terminées par une fausse couche et deux accouchements à terme. L'avant-dernier seul détermina des accidents analogues à ceux qui avaient compliqué le premier. A la suite de son dernier accouchement, elle éprouva, trois semaines après, une perte qui dura dix-huit jours et elle resta malade pendant trois mois. Depuis cette époque, elle est faible, languissante, accuse des douleurs continuelles dans le bas-ventre et la région lombaire. Indépendamment de ces symptômes, la malade en accuse d'autres du côté de la poitrine : depuis trois mois elle tousse ; elle a eu quelques hémoptysies au début ; actuellement elle a des sueurs nocturnes et des alternatives de constipation et de diarrhée. Ses règles n'ont pas paru depuis trois mois, et elle a une leucorrhée continuelle.

Le 11 octobre. *Etat actuel.* A l'examen de la poitrine, on trouve de l'obscurité du son au sommet droit, avec une expiration rude et prolongée, et du retentissement de la voix ; mais il n'y a ni râles, ni craquements. Bruit de souffle précordial au premier temps. Le ventre est souple, bien conformé, indolent à la pression,

Par le toucher vaginal, on trouve le col très-largement ouvert; son ouverture est transversale et admet facilement l'extrémité du doigt. La lèvre postérieure est grosse, tuméfiée, saillante au-dessous de l'orifice. Le corps de l'utérus est incliné en avant. On sent une ulcération qui occupe tout le col et principalement la lèvre postérieure : cette ulcération saigne facilement.

Au spéculum : on voit l'ulcération constatée par le toucher; elle est déchiquetée, recouverte de mucosités blanchâtres et d'une coloration rouge violacée. *Diamètres du col* : antéro-postérieur, 55 millimètres; transversal, 42 millimètres. (Application de teinture d'iode, injections d'eau de feuilles de noyer; une pilule de cynoglosse chaque soir; deux portions.)

Le 18 octobre. *Examen au spéculum :* on voit un écoulement purulent venant de l'intérieur du col; l'ulcération de la lèvre postérieure est profonde, comme déchiquetée, et offre le même aspect que précédemment. *Dimensions du col :* diamètre antéro-postérieur, 50 millimètres; diamètre transversal, 40 millimètres. (Application de teinture d'iode.)

Le 22 octobre. Nous sommes à l'époque des règles, qui manquent depuis quatre mois, c'est-à-dire depuis que la malade tousse. Il y a un peu de céphalalgie, d'étourdissements; quelques douleurs abdominales et lombaires. Il y a un peu de tension du ventre; la leucorrhée est un peu plus abondante.

(Traitement : 4 sangsues aux cuisses, fumigations d'armoise, sinapismes.)

Le 25 octobre. Les règles ne se sont pas montrées. *Toucher vaginal :* la lèvre postérieure est toujours volumineuse, douloureuse à la pression. L'utérus paraît dirigé en avant et un peu à gauche. La malade remarque qu'il y a un peu moins d'écoulement et qu'il est plus épais.

Examen au spéculum : on aperçoit un écoulement purulent qui baigne le col et sort de son orifice; les dimensions du col sont : diamètre antéro-postérieur, 42 millimètres; diamètre transversal, 33 millimètres. L'ulcération, toujours déchiquetée, est beaucoup moins profonde; le col est moins violacée. (Application de teinture d'iode.)

Le 27 octobre. (Onction sur le ventre avec 2 grammes d'huile de croton tiglium.)

Le 29 octobre. *Examen au spéculum :* le col est toujours gros; ses dimensions sont : diamètre antéro-postérieur, 42 millimètres; diamètre transversal, 33 millimètres. L'écoulement a diminué;

l'ulcération est beaucoup moins étendue et présente quelques îlots de cicatrice. (Application de teinture d'iode.)

Le 4 novembre. La malade demande sa sortie de l'hôpital. Exeat.

Il ne faudrait pas croire, d'après les deux observations qui viennent d'être rapportées, que les effets de ce traitement soient toujours assez rapides et assez sûrs pour faire disparaître en quelques semaines les ulcérations fongueuses les plus anciennes et les plus invétérées. En général, l'action de la teinture d'iode est prompte, et il suffit de trois ou quatre applications pour voir qu'elle convient au cas pour lequel on l'essaye, car alors il y a déjà une amélioration notable. Mais cette première amélioration une fois obtenue, surtout si la maladie est de date ancienne, il peut arriver que les progrès s'arrêtent ou marchent si lentement, que l'on en soit découragé, et que, perdant confiance, on se sente disposé à renoncer à la teinture d'iode pour recourir à un caustique plus énergique. C'est ce qui m'est arrivé dans un cas que je vais rapporter, et qui offre un assez grand intérêt pour que j'en donne une relation un peu détaillée. La maladie, déjà ancienne, s'est amendée d'une façon pour ainsi dire merveilleuse sous l'influence des premières applications de teinture d'iode, puis, la voyant rester stationnaire, j'ai fait usage de nitrate acide de mercure ; mais ce médicament, qui est si efficace dans les ulcérations rongeantes, à bords calleux, ne produisit aucun effet, et je revins à la teinture d'iode, que je continuai avec persistance jusqu'à la fin du traitement, lequel a duré six mois, mais s'est terminé par une guérison complète.

Obs. III. D*** (Anna), âgée de vingt-huit ans, entrée à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Adélaïde, n° 5, le 19 août 1864.

Elle raconte que sa mère a été affectée, à l'âge de vingt-sept ans, après sa troisième grossesse, d'une ulcération de l'utérus pour laquelle elle est restée huit mois à l'hôpital Saint-Louis, où elle a été cautérisée souvent avec un caustique liquide. Sa tante maternelle a eu au même âge, et après son quatrième accouchement, une maladie analogue, pour laquelle elle est restée six semaines à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piédagnel, où elle a été cautérisée plusieurs fois au fer rouge. Ces deux femmes n'ont jamais eu de métrorrhagies et actuellement elles jouissent d'une parfaite santé.

Notre malade, après avoir présenté quelques phénomènes hystériques, a été réglé à douze ans. La première époque s'est bien passée, mais les suivantes, les règles qui duraient huit jours, avec

expulsion de petits caillots sanguins, furent précédées et accompagnées de douleurs violentes.

Elle eut une première grossesse à seize ans, terminée par un accouchement à terme, et suivie d'une péritonite qui débuta quinze jours après l'accouchement pour durer trois semaines. Elle nourrit quinze mois, après lesquels les règles ne reparurent qu'une seule fois, et une nouvelle grossesse survint immédiatement. L'accouchement fut régulier, elle nourrit encore, et sa santé n'éprouva d'autre altération que l'apparition d'une leucorrhée abondante.

A sa troisième grossesse, qui arriva vers la fin de décembre 1857, elle se trouva très-affaiblie, tant par des vomissements abondants que par des écoulements vaginaux mucoso-sanguinolents, qui se reproduisaient tous les huit ou quinze jours, aussi garda-t-elle presque constamment le lit. L'accouchement fut régulier, mais la malade fut, à cause de son état de faiblesse, obligée de garder le lit pendant six semaines. Elle ne nourrit pas, son enfant étant mort au bout de dix-sept jours d'une diarrhée cholériforme, et cependant ses règles ne reparurent qu'au bout de huit mois. Depuis, la menstruation fut très-irrégulière. Il y avait des métrorrhagies fort abondantes qui duraient tantôt dix, tantôt quinze, tantôt vingt jours et qui étaient séparées par des intervalles de douze ou quinze jours, pendant lesquels la malade perdait considérablement en blanc. De plus, elle éprouvait dans le bas-ventre, dans les cuisses, dans les reins et jusque dans le sacrum des douleurs sourdes, qui s'exaspéraient par la marche ou par la simple station debout.

Un jour, en octobre 1861, elle s'aperçut qu'une tumeur lisse, arrondie, ayant la grosseur de la moitié d'un œuf, lui sortait par la vulve. Cette tumeur était moins saillante quand la malade avait uriné, et disparaissait tout à fait quand elle était assise ou couchée. On lui fit alors porter une ceinture qui la soulagea un peu et maintint un peu son utérus réduit. Elle passa ainsi, tant bien que mal, les années 1862 et 1863, ainsi que la première moitié de 1864; mais son état d'affaiblissement allant croissant, alors que les métrorrhagies, l'écoulement mucoso-sanguinolent, les douleurs persistaient en augmentant et qu'il se produisait des symptômes gastralgiques, elle se décida à entrer à l'hôpital, où elle fut admise dans le service de M. Goupil.

Voici dans quel état elle se trouvait alors (19 août 1864) : femme petite, nerveuse, pâle, assez maigre. Elle dort peu et se plaint de crampes d'estomac avec ballonnement du ventre. Elle a des douleurs sourdes dans les reins, le ventre, principalement à l'hypogastre

et dans le haut des cuisses, et il se développe une sensation de pesanteur quand elle est restée debout. Il n'y a pas de fièvre, ni de toux, la respiration est normale; on constate un bruit de souffle doux au premier temps des battements du cœur, et un bruit de souffle intermittent dans les carotides. Le ventre est souple, un peu douloureux à la pression, on n'y sent pas de tumeur. Il y a un écoulement abondant de mucosités glaireuses. Au toucher, la femme étant couchée, on trouve le col de l'utérus dans l'axe du vagin, mais incliné à gauche très-légèrement, le corps de l'utérus est un peu en antéversion. Le col de l'utérus est gros, court, mou, l'orifice est large et admet l'extrémité du doigt.

A la commissure gauche est une profonde entamure qui va presque jusqu'au fond du cul-de-sac vaginal. La lèvre postérieure est plus volumineuse que la lèvre antérieure et partagée en deux par une découpure oblique en arrière et à droite. Les lèvres paraissent tomenteuses au toucher. Le corps de l'utérus est volumineux et on sent le fond à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Les culs-de-sac sont libres, non douloureux et courts, surtout le gauche. L'utérus est mobile en tous sens, un peu moins quand on le repousse de gauche à droite, ce qui est douloureux. La hauteur de l'utérus est normale.

Lorsque la femme est debout, le col n'est plus qu'à 3 centimètres de la vulve. L'antéversion du corps est un peu plus prononcée.

Au spéculum : mucosités glaireuses, blanches, jaunâtres, sortant du col, panachées de sang. On fait très-facilement saigner le col en les essuyant. Large ulcération granuleuse, rouge vif sur les deux lèvres, surtout la lèvre postérieure.

Le diamètre antéro-postérieur du col est de 50 millimètres, le diamètre transversal de 35 millimètres.

Cet examen détermine l'écoulement d'une certaine quantité de sang.

Les jours suivants, sous l'influence du repos au lit, l'écoulement blanc diminue: il n'y a pas de pertes de sang. La malade se plaint seulement d'éprouver de temps en temps, même au lit, des douleurs assez vives dans les reins et au-dessus de l'aine. Elle mange mieux, reprend un peu d'embonpoint et souffre à peine de l'estomac.

Le 28 août. Deuxième examen : même état, seulement moins de mucosités. L'ulcération persiste, il ne s'écoule pas de sang après l'examen; pas de douleurs.

Le 30. Perd un peu de sérosité rougeâtre.

Le 1er septembre. Perd tantôt du sang, tantôt des glaires forte-

ment teintes de sang. Elle en perd peu. Douleurs assez vives dans les reins et dans le ventre.

Le 2. Depuis ce matin, douleurs sourdes au niveau du sacrum et de chaque côté dans la fesse, au-dessus du pli de l'aine. De chaque côté, élancements qui convergent dans la direction de l'utérus. Dans l'intervalle, douleurs sourdes à l'hypogastre; ne ressent rien dans les cuisses, ne perd que peu de sérosité rougeâtre fort pâle.

Le 3. A passé une nuit assez mauvaise, mais a été un peu soulagée par un cataplasme. Souffre toujours dans la nuit, de temps à autre ; élancements dans le côté gauche du bas-ventre. Perd seulement de la sérosité rougeâtre plus qu'hier. Céphalalgie depuis le matin.

Le 9. Depuis hier les règles viennent à leur époque, elle perd du sang pur, pas de caillots. Elle a moins de céphalalgie, mais toujours des douleurs de ventre fortes, et de temps à autre des élancements dans les reins et jusque dans les cuisses, à la partie supérieure et interne.

Le 1er octobre (jour où je prends le service). Je trouve cette malade à peu près dans l'état qui vient d'être décrit. Les douleurs abdominales et lombaires sont les mêmes, la station debout et la marche causent la même fatigue, l'écoulement est aussi abondant. Il y a des envies assez fréquentes d'uriner, sans ténesme, et une constipation habituelle.

A l'examen des organes génitaux, je constate un certain degré de cystocèle vaginale, la paroi antérieure du vagin entraînant avec elle le bas-fond de la vessie, vient faire saillie à la vulve, mais on n'y aperçoit pas le museau de tanche, lequel n'est pas visible même lorsqu'on écarte les petites lèvres et que la malade fait quelques efforts de toux.

Au toucher le col est très-gros, son orifice est transversal et un peu entr'ouvert, mais il n'admet pas l'extrémité du doigt. La lèvre antérieure fait une saillie assez considérable, et sur les deux lèvres on sent une ulcération granuleuse, fongueuse même, qui pénètre jusque dans la cavité du col. La fente transversale qui forme l'orifice est plus échancrée vers la commissure gauche, où l'on sent une dépression. On sent, de plus, une très-légère bride qui limite les mouvements de l'utérus du côté gauche ; sauf cela, il est assez mobile et les culs-de-sac sont libres. Le corps de l'utérus est en antéversion, incliné derrière le pubis.

Au spéculum : on voit le col volumineux, remplissant tout le champ de l'instrument et entièrement recouvert d'une ulcération

d'un rouge violacé, fongueuse, saignante, qui pénètre jusque dans l'intérieur de la cavité du col. Outre le sang qui s'écoule au moindre attouchement, on voit sourdre de la cavité du col un liquide mucoso-purulent très-visqueux.

Traitement: cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent; injections avec décoction de feuilles de noyer; vin de quinquina, deux portions.

Le 4. L'utérus se présente absolument dans le même état qu'à l'examen précédent. (La surface ulcérée est touchée avec un pinceau imbibé de teinture d'iode; grand bain; le reste *ut suprà.*)

Le 11. Il y a une amélioration sensible dans l'état local, le col est moins entr'ouvert. L'ulcération est moins étendue, elle a surtout un aspect moins fongueux, elle ne présente pas une coloration aussi foncée et ne saigne pas aussi facilement qu'aux examens précédents. Le col est moins volumineux. (Nouvelle application topique de teinture d'iode; bain.)

Les règles surviennent le 13 octobre et coulent jusqu'au 20, sans caillots, comme cela avait lieu aux époques précédentes, et avec beaucoup moins de douleur. Il est vrai que depuis le 12 octobre la malade a repris une ceinture hypogastrique qui lui avait été prescrite antérieurement et qui paraît la soulager.

Le 25. Cinq jours après la cessation des règles, je trouve au toucher l'utérus moins lourd et moins volumineux qu'aux explorations précédentes. Le spéculum me montre le col toujours fongueux et ulcéré, laissant suinter un liquide mucoso-purulent et saignant encore assez facilement; ses dimensions sont de 42 millimètres dans le sens antéro-postérieur et de 35 millimètres dans le sens transversal. La malade a remarqué que son écoulement est moins abondant. Elle souffre moins, se sent plus forte, et peut rester assez longtemps debout, sans éprouver de pesanteur. (Application de teinture d'iode.)

Le 2 novembre. Le col, toujours ulcéré, a 42 millimètres dans le diamètre antéro-postérieur, 33 dans le diamètre transversal. (Application de teinture d'iode.)

Le 8. Le diamètre antéro-postérieur est de 40 millimètres; le diamètre transversal est de 32, mais l'ulcération n'a pas diminué; elle est encore fongueuse et saignante au moindre attouchement. (Cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Cette cautérisation est renouvelée le 15 novembre.)

Le 29. Les deux cautérisations avec le nitrate acide de mercure n'ont amené aucun résultat favorable, le col est toujours aussi vo-

lumineux, — 43 millimètres sur 32 ; — il est toujours recouvert d'une ulcération aussi étendue et dont l'aspect n'a pas été modifié. (Application de teinture d'iode.)

6 décembre. L'ulcération a toujours le même aspect, mais le col a diminué de volume ; ses dimensions sont de 35 millimètres sur 31. (Application de teinture d'iode.) Il s'écoule un peu de sang dans la journée et les règles surviennent le lendemain. Elles sont abondantes et faciles, il n'y a pas de caillots ; il n'y a pas de coliques ni de douleurs lombaires.

Le 21. Le col a les mêmes dimensions qu'à l'examen précédent, mais l'ulcération a considérablement diminué, surtout sur la lèvre antérieure. Elle a perdu son caractère fongueux, ne saigne plus quand on la touche et a une coloration rosée. La malade constate du reste une amélioration tellement considérable et dans ses douleurs et dans la quantité de son écoulement, qu'elle demande sa sortie. Cette sortie ne lui est accordée que le 28, après deux nouvelles applications de teinture d'iode, faites le 21 et le 28, et après que j'ai constaté une nouvelle diminution dans l'étendue de l'ulcération, qui est presque complétement cicatrisée. Au toucher on sent que l'utérus est devenu beaucoup plus léger, quoique restant toujours incliné en avant.

Sortie de l'hôpital Saint-Antoine dans les derniers jours de décembre, cette femme est venue, sur mes instantes recommandations, me voir à la Pitié. Elle se trouvait si bien, qu'elle a attendu jusqu'à la fin du mois de janvier pour venir à ma consultation. Elle désirait quitter Paris pour aller habiter une petite localité assez éloignée, et voulait savoir si elle était assez parfaitement guérie pour entreprendre ce voyage. L'amélioration que j'avais reconnue à mon dernier examen, s'était bien maintenue, le col n'était ni plus gros, ni plus rouge, ni plus fongueux qu'à la fin de décembre, mais il y avait toujours une petite ulcération qui siégeait principalement sur la lèvre postérieure et s'étendait jusque dans l'orifice cervical. Je ne voulus pas laisser partir cette malade sans que cette petite ulcération fut complétement cicatrisée ; mais comme elle ne se sentait plus assez souffrante pour rester à l'hôpital, je me bornai à lui faire, à huit jours d'intervalle, cinq ou six applications de teinture d'iode suivies de deux cautérisations avec le nitrate d'argent, et, vers la fin de mars, son ulcération étant complétement cicatrisée, elle put quitter Paris.

On m'a vu, dans le fait qui précède, intercaler deux cautérisa-

tions avec le nitrate acide de mercure au milieu du traitement par la teinture d'iode, et terminer par deux cautérisations avec le nitrate d'argent; cela prouve qu'il n'y a rien d'exclusif dans ma manière de procéder. Un moment d'hésitation et de doute dans l'efficacité de la teinture d'iode m'a fait recourir au nitrate acide de mercure qui, en raison de son énergie plus grande, me paraissait indiqué dans ce cas un instant rebelle, mais dès que j'ai vu qu'il ne réussissait pas mieux que la teinture d'iode; je me suis hâté de revenir à cette dernière, et bien m'en a pris, car je n'hésite pas à lui attribuer tout le mérite de la curation. Si j'ai terminé par deux cautérisations avec le nitrate d'argent, comme du reste je l'ai fait aussi dans l'observation I, c'est que la teinture d'iode n'agit d'une façon véritablement efficace que sur les ulcérations fongueuses et sur les cols engorgés; quand, par suite de son emploi, l'ulcération est devenue simple, le col a repris ses dimensions normales, les indications qui commandaient de recourir à elle ont disparu, on n'a plus affaire qu'à une ulcération simple qu'il faut traiter comme telle, et c'est alors surtout que le nitrate d'argent est le meilleur de tous les topiques.

Après avoir montré les heureux effets de la teinture d'iode, je dois terminer par la relation d'un cas dans lequel son action a été beaucoup moins efficace, et où la guérison peut être attribuée aussi bien et peut-être même plus sûrement aux autres agents thérapeutiques qui ont été employés concurremment; c'est que, dans ce cas, l'ulcération était à peine fongueuse, et pouvait être considérée plutôt comme la conséquence que comme la source de la leucorrhée concomitante.

Obs. IV. P*** (Marie), fille de vingt-huit ans, couturière. Entrée le 16 février 1865 à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 26. Cette malade a été réglée à dix-huit ans seulement. Jusqu'à cet âge sa santé avait été bonne; cependant, quelque temps avant la première apparition menstruelle, elle était sujette à des maux de tête très-fréquents, des battements de cœur, des phénomènes gastralgiques et autres accidents de chlorose. Une fois établies, ses règles ont été régulières, normales, abondantes, d'une durée de cinq ou six jours, jusqu'à l'âge de vingt-trois ans, époque où elle quitta Toulouse, son lieu de naissance, pour venir à Paris. Depuis ce moment, sa menstruation est devenue irrégulière : ses règles furent d'abord très-abondantes, à tel point qu'elles constituaient souvent de véritables pertes, durant vingt à vingt-cinq jours consécutifs. Ces pertes étaient quelquefois suivies d'une période de deux ou trois

mois, durant lesquels les règles ne paraissaient pas une seule fois et étaient remplacées par une leucorrhée abondante.

C'est après le premier rapprochement sexuel, qui eut lieu à vingt-trois ans et qui fut très-douloureux, que la menstruation devint irrégulière. Il y a un an environ, en avril 1864, atteinte de syphilis, elle se rendit à la consultation de l'hospice des Incurables (hommes), où je lui ordonnai d'abord des pilules de proto-iodure de mercure, puis, un peu plus tard, de l'iodure de potassium. Sous l'influence de cette médication, les accidents disparurent assez rapidement, mais il resta de la dysménorrhée et de la leucorrhée, qui furent certainement entretenues par des habitudes quelque peu déréglées. Plusieurs fois je prescrivis des toniques et du fer, je conseillai des injections astringentes, j'appliquai moi-même des nouets de coton garnis de tannin dans le vagin ; mais rien n'y faisait, car, à quelques jours de traitement succédaient des semaines d'abandon. Enfin la malade se décida à entrer à l'hôpital, où nous la trouvons dans l'état suivant :

Le 18 février. La malade accuse un malaise général ; elle éprouve continuellement un sentiment de tension et de pesanteur dans le bas-ventre et la région lombaire. Elle présente de plus tous les symptômes caractéristiques de la chlorose : digestions difficiles, dépravation de goût, perte d'appétit, constipation, céphalalgie, etc.

Au spéculum : on aperçoit une ulcération un peu grisâtre, étendue à tout le pourtour du col qui est entr'ouvert et laisse suinter un peu de mucus mélangé à du pus. Le col est gros, violacé, dirigé en arrière et assez difficile à atteindre avec le spéculum. Ses dimensions sont : diamètre antéro-postérieur, 28 millimètres ; diamètre transversal, 25 millimètres. (Traitement : application de teinture d'iode, injections avec décoction de feuilles de noyer, pilules de Vallette, vin de quinquina ; deux portions.)

Le 25. *Examen au spéculum :* l'ulcération est toujours étendue, un peu fongueuse, mais elle n'a plus l'aspect grisâtre qu'elle présentait à l'examen précédent. (Traitement : pansement avec un nouet garni de tannin.)

Le 11 mars. *Examen au spéculum :* l'ulcération est moins étendue et moins profonde. (Traitement : pansement avec un nouet de tannin.)

Le 17. — *Examen au spéculum :* on trouve sur le colquelques granulations ; l'ulcération est moins grande ; il y a toujours du pus dans le vagin. (Traitement : application de teinture d'iode.)

Le 26. L'état des parties est le même que précédemment; le col est toujours rouge et il y a quelques follicules enflammés. (Traitement : cautérisation avec le nitrate d'argent.)

Le 1er avril. *Examen au spéculum* : les parties malades sont en bien meilleur état; on ne voit plus qu'un petit piqueté formé par des follicules enflammés, mais dont quelques-uns seulement sont ulcérés. (Traitement : cautérisation avec le nitrate d'argent.)

Le 7. La cicatrisation se continue; l'ulcération diminue d'étendue. Le mucus est plus clair et se rapproche du blanc d'œuf par son aspect et sa consistance. (Traitement : application de teinture d'iode.)

Le 11. *Examen au spéculum* : la malade va bien; la cicatrisation est presque complétement achevée. (Traitement : application de teinture d'iode.)

Le 15. La malade, à peu près complétement guérie, demande à sortir pour aller (en convalescence) au Vésinet, ce qui lui est accordé.

Ces observations, que j'aurais pu multiplier, montrent chacune un exemple frappant des conditions dans lesquelles les applications de teinture d'iode peuvent être utiles, et mettent à même d'apprécier dans quelles limites il est permis de compter sur l'efficacité de ce médicament. J'ajouterai que, dans un de ces faits (Obs. III), il existait un certain degré d'induration péri-utérine qui a été très-heureusement influencée par l'action de la teinture d'iode. De semblables indurations peuvent se rencontrer en l'absence de toute ulcération du col, car elles sont la conséquence, ou, si l'on veut, la terminaison de ces affections si bizarres que nous avons décrites autrefois sous le nom de *phlegmons péri-utérins*, que MM. Bernutz et Goupil ont appelées *pelvi-péritonites*, et que, sous forme de concession, je consentirai à dénommer, si l'on veut, *phlegmasies péri-utérines* (car je persiste à croire à la présence du tissu cellulaire péri-utérin, et, par suite, à son aptitude à s'enflammer).

Tous les auteurs qui se sont occupés de ces phlegmasies ont insisté, et avec juste raison, sur la ténacité des produits qu'elles laissent à leur suite, et sur la difficulté que l'on éprouve à les faire disparaître. Lorsque la période des révulsifs cutanés est passée, il faut recourir aux fondants. On a employé et l'iode et le mercure sous diverses formes; M. Gosselin avait eu l'ingénieuse idée d'appliquer topiquement l'iodure de potassium au milieu d'un nouet de coton cardé introduit dans le vagin. La pommade à l'iodure de

plomb et la teinture d'iode en frictions sur l'abdomen ont été très-largement employées et souvent avec avantage par divers médecins. J'ai pensé que ce dernier médicament agirait plus efficacement encore, si, au lieu de se borner à des applications sur l'abdomen, on en faisait aussi dans le vagin, c'est-à-dire dans un point plus rapproché des produits qu'il s'agit de faire résoudre. Les bons résultats obtenus dans les cas où ces lésions accompagnent une ulcération fongueuse du col m'ont engagé à recourir au même moyen, alors même qu'il n'y avait aucune ulcération. J'ai donc pris l'habitude de porter un pinceau imbibé de teinture d'iode sur les parties du vagin qui correspondent à des tumeurs péri-utérines phlegmasiques passées soit à l'état subaigu, soit à l'état chronique, et je m'en suis parfaitement trouvé. Mais c'est là un point de la thérapeutique des organes génitaux de la femme un peu différent de celui auquel j'ai consacré cet article, et qu'il vaut peut-être mieux réserver pour une autre étude.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur la reproduction artificielle des émanations qui se dégagent des épurateurs du gaz d'éclairage [1].

Par MM. Burin du Buisson et le comte de Maillard.

L'atmosphère artificielle des épurateurs du gaz d'éclairage se compose d'un nombre assez considérable d'éléments divers ; on en compte au moins vingt et un ; or, parmi ces éléments, les uns, tels que les hydrogènes proto et bi-carbonés, le sulfate et l'oxyde de carbone, sont plus ou moins nuisibles à la santé, tandis que les autres ont seuls une influence heureuse sur les maladies des organes respiratoires ; tels sont l'ammoniaque, le carbonate d'ammoniaque, le cyanogène, toutes les émanations goudronneuses en général, etc.

Un second fait constaté, c'est que l'abondance de l'ensemble de ces émanations et la proportion relative des éléments qui les constituent varient dans les diverses usines, soit aux différentes heures du jour, d'abord suivant la nature des agents mis en usage pour l'épuration, soit encore par la variation de la houille employée, soit,

---

(1) Comparer : *Observations sur l'air des salles d'épuration du gaz d'éclairage*, par MM. Deschamps (d'Avallon) et Adrian (*Bull. de Thérap.*, mars, 1865). (*Note de la Rédaction.*)

enfin, par le chauffage plus ou moins élevé des cornues, la chauffe réglementaire de 900 degrés étant rarement entretenue régulièrement par les chauffeurs.

Ce mélange variable de produits favorables et délétères, joint aux conditions physiques, nécessairement nuisibles, parfois, dans lesquelles doivent se placer les malades qui veulent respirer les émanations des épurateurs, semblent évidemment de nature à expliquer la différence des résultats curatifs constatés par les différents observateurs. A cette donnée très-rationnelle, il y avait une conséquence toute naturelle, c'était de chercher les moyens d'isoler les émanations utiles des émanations nuisibles; c'est ce que nous avons fait.

Nous avons réuni dans un liquide ammoniacal que nous avons nommé *gazéol* tous les éléments curatifs de l'atmosphère des épurateurs, ayant soin d'en écarter tous les éléments délétères. Le gazéol une fois obtenu, on peut le faire respirer par les malades dans leur chambre, en en versant une certaine quantité sur une assiette, quantité que le médecin pourra doser comme il le jugera convenable; toutes les conditions d'une bonne et régulière médication pourront être ainsi réalisées.

Voici comment on peut obtenir le gazéol, beaucoup plus simplement qu'on aurait pu le supposer au premier abord :

On prend l'ammoniaque *non rectifiée*, telle que la fournissent les usines à gaz, qui emploient la chaux pour l'épuration du gaz; elle renferme d'avance presque tous les produits que réclame un bon gazéol; on y augmente la proportion des hydrocarbures et l'on y dissout du goudron fraîchement préparé, en opérant de la manière suivante :

Ammoniaque impure du gaz, à 20 degrés....	1 kilogramme.
Acétone................................	10 grammes.
Benzine impure (Benzol)..................	10 grammes.
Naphtaline brune impure..................	1 gramme.
Goudron récent des barillets..............	100 grammes.

On dissout la naphtaline dans la benzine, on introduit l'alcali dans un fort tonneau consacré à cette préparation, que l'on remplit aux trois quarts seulement; on ajoute les autres substances; on bouche solidement, et l'on agite vivement le tonneau pendant une demi-heure; on laisse en contact pendant quarante-huit heures, en agitant de nouveau à plusieurs reprises; puis on décante le liquide que l'on conserve pour l'usage, dans des vases de verre bien bouchés. — Le produit ainsi obtenu est très-volatil et constitue facilement autour du malade, à une température de 15 à 20 degrés, une

atmosphère suffisamment chargée de tous les éléments utiles qui se dégagent des épurateurs du gaz d'éclairage.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale du diabète, par M. le docteur Marchal (de Calvi), agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ex-professeur et ex-médecin principal à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, membre de la Société anatomique, chevalier de la Légion d'honneur.

Histoire naturelle et médicale des nouveaux médicaments introduits dans la thérapeutique depuis 1830 jusqu'à nos jours, par M. Victor Guibert.

Depuis Celse qui, le premier, paraît au moins avoir entrevu le diabète, jusqu'à M. Claude Bernard, jusqu'à M. Marchal (de Calvi) lui-même, combien cette entité morbide, si nettement définie, a été l'objet d'interprétations erronées, combien même la simple symptomatologie en a été lente à s'édifier pour arriver au point de permettre au diagnostic de s'établir sur des bases qui ne laissent dans l'esprit de l'observateur aucune incertitude! Le laborieux et sagace auteur dont l'ouvrage nous suggère cette première remarque, nous pouvons le dire de suite, a ajouté une page intéressante à l'histoire de cette grave affection ; et non-seulement l'histoire du diabète se trouve, par ses importantes recherches, éclairée d'une lumière imprévue, mais cette lumière, se reflétant sur quelques points obscurs de la science, a montré des rapports que, jusque-là, on n'avait que vaguement entrevus, ou qui étaient restés complétement dans l'ombre.

Avant de consigner dans un ouvrage étendu les résultats de ces laborieuses investigations dans la voie que nous venons d'indiquer, M. Marchal (de Calvi) n'avait pas mis la lumière sous le boisseau ; dans des publications partielles, ou d'ardentes controverses, il a produit ou discuté avec éclat les faits nouveaux dont il a réellement enrichi la science, et pour peu qu'on se tienne au courant du mouvement de celle-ci, on ne peut ignorer que ces faits consistent principalement en accidents inflammatoires et gangréneux de divers siéges, qui surviennent souvent dans le cours du diabète et qui ajoutent un trait à la physionomie déjà si profondément originale de cette maladie. L'ouvrage de notre savant confrère regorge de faits d'ordinaire suffisamment bien observés pour que désormais on ne puisse révoquer en doute la relation qui existe entre les accidents dont il s'agit et l'état général dans lequel le dia-

bète, qui a une certaine durée, a placé l'organisme vivant. Aussi, dans la pensée de notre honorable confrère, ces accidents, qui sont surtout constitués par des furoncles, des anthrax, des phlegmons diffus, certaines manifestations herpétiques, des gangrènes partielles, etc., sont-ils véritablement le reflet d'une diathèse, d'une holopathie (pourquoi ce mot, quand on en a un accepté de tous, compris de tous, qui rend l'idée qu'on veut exprimer?), d'une diathèse, d'une holopathie aussi positives, plus positives même que toutes celles qui sont généralement admises, puisque là on a le corps du délit sous la main, le sucre qui circule avec le sang, ou imprègne les tissus que celui-ci irrigue. Nous le répétons, quant à la partie empirique de l'ouvrage de M. Marchal (de Calvi), la vérité n'en peut être révoquée en doute, les faits nombreux qu'il a lui-même observés avec la plus sévère attention, les faits beaucoup plus nombreux encore qui lui sont venus de toutes mains, quand il eut une fois ouvert largement le sillon que quelques autres avant lui n'avaient en quelque sorte qu'effleuré, c'est là un ensemble de documents solides, que ne peut entamer la dent de la critique la plus systématiquement hostile.

Mais si le rapport étiologique entre ces faits et le diabète si nettement affirmé par notre distingué confrère est mis hors de toute contestation par une richesse d'observations qui doit satisfaire les esprits les plus difficiles, en est-il de même de la théorie de ces faits, telle que M. Marchal l'a formulée dans son livre? Ceci est une autre question. D'après cette théorie, ainsi que nous l'avons déjà tout à l'heure laissé pressentir, la diathèse phlogoso-gangréneuse, créée par le diabète et dont les accidents que nous rappelions sommairement il y a un instant sont les manifestations diverses, consisterait essentiellement dans l'altération déterminée par le sucre dans le liquide sanguin. C'est ce liquide, ainsi altéré dans sa crase normale, qui, chez un diabétique, produirait, chez l'un, des furoncles multiples, chez un autre, une série d'anthrax, chez un troisième, une gangrène partielle, une de ces gangrènes qu'on appelait autrefois séniles ou spontanées, et chacun voit d'ici toutes les objections qui se dressent contre une affirmation doctrinale si positive : nous ne ferons, à cet égard, que deux remarques, que nous soumettons simplement à notre très-intelligent confrère. Si c'est l'action du sang altéré, dans sa composition physiologique, par la présence du sucre, qui détermine ces accidents, pourquoi une cause identique produit-elle des effets si divers, et pourquoi ce délétère, présent partout, ne se manifeste-t-il que par

des localisations morbides toujours limitées ? Quant à ces derniers faits, l'auteur les explique par l'intervention d'une cause déterminante locale, qui fixe sur un point donné de l'organisme le processus morbide : mais cette cause déterminante, dans l'immense majorité des cas, n'est-elle pas plutôt supposée que positivement démontrée? Nous le demandons humblement à notre savant confrère. Nous ne pouvons qu'indiquer cette objection ; et pour nous hâter, nous demanderons à M. Marchal pourquoi, pour démontrer la réalité de la cause spécifique, à l'action de laquelle il attribue le développement possible des accidents dont nous parlons en ce moment, il n'a pas tenté quelques expériences analogues à celles que instituèrent naguère MM. Ducrest et Castelnau pour établir que c'est réellement à la présence du pus dans le sang, qu'on doit attribuer l'ensemble des symptômes de l'infection purulente? En somme, nous estimons que la théorie de M. Marchal (de Calvi), dans les limites où elle s'est circonscrite elle-même, est plus que problématique, et qu'il y a lieu à rechercher si ces accidents ne se relient pas plutôt à la débilitation profonde de l'organisme, et s'ils ne doivent pas, en une certaine mesure, être rapprochés des ulcères de la cornée, que déterminait Magendie en nourrissant les animaux exclusivement avec du sucre. Mais il ne nous appartient en aucune façon de combler cette lacune de la science ; passons.

Dans la deuxième partie de son livre, notre laborieux auteur aborde la question de la nature du diabète, et risque l'essai d'une théorie générale de cette maladie. Il faut lire, dans l'ouvrage, bien écrit d'ailleurs, de notre intelligent confrère, la critique quelquefois un peu acerbe qu'il fait des théories qui ont été tour à tour proposées pour rendre compte du processus morbide lent et progressif dont le diabète confirmé est l'expression symptomatique. Pour lui, il ne paraît pas douter que la théorie de M. Mialhe ne soit celle qui se rapproche le plus de la vérité. Il ne fallait qu'un pas de plus pour arriver à une intuition complète de celle-ci, M. Marchal croit l'avoir fait. Oui, il y a diminution de l'alcalinité du sang dans le diabète, mais cette alcalinité du sang n'est qu'un fait secondaire dans l'évolution morbide; le fait primitif, dont celui-ci dérive, c'est l'augmentation de l'acidité, la formation hyperphysiologique de l'acide urique : voilà le vrai principe du diabète, en voilà le vrai point de départ. Le postulat une fois admis, le reste coule de source; la goutte, le rhumatisme, la gravelle acide sont identiques : telle est la formule à laquelle s'arrête M. Marchal. Je doute que tout le monde l'accepte; malheureusement, le temps et l'espace me

manquent pour exposer les raisons qui pourraient légitimer de sérieux doutes à cet égard.

M. Marchal, avant d'exposer ses propres idées sur la nature du diabète, s'élève avec force contre la doctrine du Collége de France, celle qui part, comme d'un principe démontré, de la fonction glycogénique du foie. Pour nous, nous l'avouerons sans ambage, malgré l'éclat de la réfutation de l'auteur, nous nous sentons peu ébranlé dans la conviction où nous sommes que c'est de ce côté qu'est la vérité. Dans cette réfutation, comme dans beaucoup d'autres pages de son livre, M. Marchal s'élève avec force contre ce qu'il appelle, avec quelques ultravitalistes bien connus, la subordination de la médecine aux sciences physiques; il veut que la médecine soit autonome, s'édifie par ses propres forces. Écoutons un instant l'auteur sur ce point : nous sommes sûr que s'il ne les convertit, ce fier langage, en chatouillant adroitement l'amour-propre des médecins, leur plaira. « Cette disposition d'esprit parmi les médecins, dit-il, ce défaut de confiance dans leurs propres faits, cet affaiblissement de la foi médicale, ont une influence déplorable; car, pour ne pas sortir de notre sujet, si les médecins n'attendaient pas le mot d'ordre d'ailleurs, s'ils s'en rapportaient à eux-mêmes, c'est-à-dire à l'observation médicale, il y a longtemps que le résultat considérable dont on verra ici la démonstration, savoir : la subordination du diabète commun à la diathèse urique, et son assimilation à la goutte et à la gravelle, auraient été découvertes. Ce n'est ni la physiologie ni la chimie qui fourniront jamais de telles données; la médecine ne peut les trouver qu'en elle-même. » Cette idée qui, présentée sous mille formes, scintille dans nombre de pages de ce savant ouvrage, et pourra éblouir quelques lecteurs non suffisamment défendus contre les figures de rhétorique, s'éclipse et disparaît devant les enseignements de toutes sortes que la médecine a empruntés et emprunte tous les jours aux sciences collatérales. Qu'importe d'où vienne la vérité, pourvu qu'elle vienne, pourvu qu'elle illumine le champ sans limites de la science ! « De la lumière, encore de la lumière, toujours plus de lumières. »

Ces paroles de Kant, quelques instants avant de mourir, tous nous devrions toujours nous les rappeler à propos, surtout quand nous avons quelque tendance à céder aux entraînements de cette forme insolite de l'amour du clocher que nous avons été étonné de rencontrer dans un esprit aussi largement ouvert au progrès que celui de M. Marchal (de Calvi). La science est une harpe éolienne, ne la

fermez à aucun souffle de la vérité, si vous voulez qu'elle résonne à l'unisson.

Nous ne voudrions pas laisser le lecteur sous l'impression de cette critique ; aussi, pour la lui faire oublier et l'engager à méditer un livre qui au mérite de la forme joint l'originalité de la conception, nous lui demanderons la permission de terminer cette notice en reproduisant textuellement les propositions par lesquelles M. Marchal (de Calvi) résume les enseignements pratiques de son intéressant ouvrage : « Le diabète est très-commun, aussi commun qu'insidieux; le plus souvent il a été et il est encore méconnu, parce que, généralement, ceux qu'il atteint sont très-vigoureusement constitués et conservent longtemps leur belle apparence et leur activité. — Tout homme gras et robuste, qui mange et boit bien, qui est sujet aux furoncles, qui, surtout, a eu des anthrax, dont le caractère change, qui a les gencives ramollies, qui a souffert de la gravelle, du lumbago, de la sciatique, est suspect d'avoir le diabète, et l'on ne peut trop se hâter de s'en assurer ; à plus forte raison, s'il maigrit et s'affaiblit. — Dans toute maladie à symptômes obscurs, il faut penser au diabète. — Dans aucune maladie, l'apparence n'est plus trompeuse que dans le diabète ; dans aucune, la mort n'est plus habile à dissimuler ses coups. » Il y a là un *cavete consules*, dont l'opportunité, dans l'état de la pratique commune, ne nous paraît pas un instant douteuse.

L'ouvrage dont M. Guibert publie une seconde édition a été couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Il comprend l'histoire de plus de cent cinquante médicaments qui ont été introduits dans la thérapeutique pendant ces trente dernières années, et parmi lesquels on retrouve les substances les plus utiles et les plus employées.

C'est, en effet, pendant cette période que les perfectionnements apportés aux procédés d'analyse chimique ont permis d'obtenir à l'état de pureté les acides organiques et inorganiques; ces composés si intéressants pour la thérapeutique, soit à cause de leur emploi médical, soit aussi à cause des sels, auxquels ils donnent naissance par leurs combinaisons avec les bases.

C'est à cette époque que remonte la découverte des alcaloïdes végétaux, découverte qui a produit une si grande révolution en médecine, et qui a mis à notre disposition le principe véritablement actif d'un grand nombre de plantes qui constituaient jusqu'alors des médicaments infidèles.

La matière médicale s'est successivement enrichie des bases organiques de l'opium, du quinquina, de la noix vomique, de la belladone, etc.

Si le manganèse a été le seul métal dont l'introduction en thérapeutique se rapporte à cette période, d'autres métaux, usités depuis longtemps en médecine, ont procuré plusieurs médicaments, nous citerons des composés de fer, d'argent, de mercure, de bismuth, de zinc, de plomb et de cuivre.

Parmi les métalloïdes, l'iode, le chlore et le brome ont conquis un rôle qui gagne chaque jour en importance et en application.

Enfin, la découverte de l'anesthésie et des agents capables de la produire appartient à la même période.

Tels sont les plus importants des médicaments dont on trouvera dans cet ouvrage une histoire plus ou moins approfondie, selon leur valeur. A ceux qui, comme le chlorate de potasse, le bromure de potassium, ont été le sujet d'études spéciales, l'auteur a consacré de longs chapitres qui forment de véritables monographies; pour toutes les substances dont il est question, il a étudié l'origine, l'historique, la préparation, les propriétés physiques et chimiques, les propriétés médicales, les formes, les doses et les formules les plus usitées.

C'est assez dire que cet ouvrage ne se recommande pas seulement à l'historien des progrès de la thérapeutique, mais aussi au praticien, qui y trouvera des renseignements utiles sur les médicaments les plus employés.

Nous regrettons seulement que l'auteur n'ait pas cru devoir comprendre dans son cadre l'histoire de la morphine, dont l'introduction en thérapeutique remonte, il est vrai, à une époque antérieure, mais dont les applications se multiplient depuis l'importation de la méthode hypodermique, et qu'il n'ait pas fait mention de la narcéine, qui a été, dans ces dernières années, l'objet de travaux importants qui sont bien connus des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux cas de luxation traumatique du fémur chez des enfants. — Il est permis à beaucoup de praticiens d'ignorer si la luxation traumatique du fémur se produit chez les enfants; cette lésion est assez rare à cet âge pour que ceux qui ont eu occasion de

l'observer puissent se dire favorisés. Ce n'est pas cependant que personne n'en ait parlé; la plupart des livres classiques sont, il est vrai, muets sur ce sujet, mais Hippocrate s'en est occupé avec beaucoup plus de soin qu'aucun de ses successeurs. Il distingue chez les enfants trois sortes de luxations du fémur : celles qui sont congénitales, celles qui sont produites par accident, celles qui résultent d'une maladie; et il donne, à propos de ces dernières, une description sommaire à laquelle on reconnaît aisément la coxalgie. (Trad. de Littré, t. IV, p. 243.)

Hippocrate paraît avoir observé chez les enfants les quatre variétés de siége qu'il décrit pour les luxations du fémur, et comme de son temps les moyens de réduction étaient encore peu connus, il compare pour ces quatre variétés les suites de la luxation non réduite chez les enfants et chez les adultes, et reconnaît que, en général, elles sont plus graves chez les premiers que chez les seconds. On trouve dans son ouvrage la cause de cette différence du pronostic : c'est que l'os de la cuisse ne suit pas les progrès de la croissance, et reste plus court que celui du côté sain (p. 235) ; non-seulement le fémur luxé n'arrive pas à sa longueur, mais le membre inférieur est lésé dans sa totalité, s'atrophiant et se décharnant bien plus que dans les autres luxations, à cause du défaut absolu d'exercice (p. 253). C'est à ce sujet que le divin vieillard fait cette réflexion admirable : « Pour le dire sommairement, toutes les parties du corps qui sont faites pour qu'on s'en serve, employées convenablement et exercées au travail auquel chacune a été habituée, sont saines, développées et tardives à vieillir; inexercées et tenues dans le repos, elles sont maladives, mal développées et vieilles avant le temps. » Après avoir ainsi posé le fondement rationnel de la gymnastique, il ne pouvait manquer de l'utiliser; aussi proclame-t-il à plusieurs reprises les bons effets qu'en retirent en particulier les enfants atteints de luxations non réduites de la cuisse.

Après Hippocrate, nul auteur ne paraît avoir traité le sujet qui nous occupe : on trouve à peine çà et là quelques faits épars, et pour avoir de nouveaux détails, il faut se transporter de l'ouvrage le plus ancien à l'ouvrage le plus moderne, de celui qui a fondé la science à celui qui l'a le mieux résumée.

Grâce au progrès de la pratique, M. Malgaigne n'a guère pu étudier les suites de la luxation non réduite; Hippocrate, d'ailleurs, ne lui laissait sous ce rapport rien à découvrir, mais l'érudition du savant professeur devait lui avoir fait connaître quelques cas, et l'emploi qu'il a su faire de la statistique devait lui avoir révélé la

fréquence relative de la lésion chez les adultes et chez les enfants.

La lecture du *Traité des luxations* confirme ces prévisions. On y trouve mentionné un fait de réduction de luxation traumatique du fémur par Lisfranc, chez une petite fille de dix-huit mois; on y trouve cité le petit malade de Saint-André, chez lequel une simple chute produisit une luxation ischiatique : il avait douze ans; l'histoire d'un autre enfant de douze ans observé par Paletta, y est rappelée aussi pour une luxation du fémur avec rotation du membre en dehors, mais le siége de la tête luxée n'a pas été recherché; il y est dit enfin qu'un garçon de quatorze ans a été atteint de luxation sus-cotyloïdienne incomplète, et qu'un autre, de seize ans, a présenté une luxation sous-cotyloïdienne.

Néanmoins, il résulte des travaux statistiques de M. Malgaigne que la luxation traumatique du fémur est extrêmement rare chez les enfants, puisque sur un relevé de cinquante et un cas fait par ce professeur, on ne trouve qu'un seul sujet qui ait moins de quinze ans.

Dans notre pratique, nous n'avions observé qu'un seul exemple de cette lésion, lorsque, par une de ces coïncidences dont la pathologie n'est pas avare, deux enfants qui en étaient atteints sont entrés dans notre service, à une semaine d'intervalle. A cause de leur caractère exceptionnel, au point de vue de l'âge des sujets, ces deux faits méritent d'être rapportés; il peut être intéressant aussi de les comparer entre eux et de les rapprocher des descriptions qui ont été données de la même affection chez l'adulte :

Obs. I. D*** (Alphonse), âgé de treize ans, est entré le 14 novembre 1860 à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Côme, n° 20, pour une lésion traumatique de la cuisse gauche. Il raconte que la nuit, au sortir du théâtre, s'étant couché sur un banc, il a été ramassé par la police et conduit en prison. Il y était assis, lorsqu'il s'aperçut que les lits, qui dans ce local sont superposés comme les planches d'une bibliothèque, allaient lui tomber dessus : il mit aussitôt le genou gauche en terre et courba le dos pour se préserver la tête; c'est sur le dos qu'il reçut le choc; comme le fémur gauche soutenait le poids du corps, la luxation fut apparemment produite par un mouvement forcé de flexion du tronc sur la cuisse.

Examiné le 15 à la visite du matin, D*** est dans le décubitus dorsal, la cuisse gauche est légèrement fléchie sur le bassin, et la jambe demi-fléchie sur la cuisse; le membre entier est dans l'adduction et la rotation en dedans; la cuisse et la jambe reposent sur leur face interne, le pied sur le bord correspondant. La hanche est

volumineuse, et la main sent tout de suite la saillie superficielle formée par la tête du fémur; on constate au contraire avec difficulté la dépression du pli de l'aine. La longueur du membre paraît un peu diminuée. Tout mouvement spontané est impossible. Le mouvement de flexion est provoqué sans peine, mais on ne peut produire l'abduction et la rotation en dehors.

Le sujet ayant été soumis au chloroforme, le procédé de Desprès produit rapidement la réduction avec le bruit caractéristique.

Les jours suivants, l'enfant remue la jambe dans son lit.

Le 22, sept jours après la réduction, il se lève et fait en s'appuyant le tour de son lit, mais il ne peut aller plus loin. Couché, il éprouve encore quelques douleurs quand il imprime à son membre les mouvements d'abduction et de rotation en dehors.

Le 25. Il fait quelques pas sans appui.

Le 26. Il marche rapidement, mais en boîtant un peu.

Le 3 décembre. Il marche très-bien, et n'éprouve qu'un peu de gêne en se baissant pour nouer ses souliers.

Le 7. Il sort de l'hôpital.

Obs. II. Dans la soirée du 22 novembre, on apporte à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Côme, n° 9, le jeune B*** (Victor-Marie), âgé de douze ans, fort et bien constitué.

On raconte qu'une heure auparavant, cet enfant, employé dans une manufacture de tabac, était entraîné par le bout de son cache-nez vers une roue d'engrenage qui tournait horizontalement, lorsqu'un ouvrier, pour le retenir, l'a pris par la jambe et l'a tiré dans une direction opposée; il y a réussi, mais en produisant une luxation du fémur droit; le mouvement qu'il a imprimé au membre paraît être un mouvement d'abduction et de rotation en dedans.

Le lendemain, l'enfant est couché sur le dos; le membre inférieur droit, légèrement fléchi et porté dans l'abduction, repose dans toute son étendue sur son côté interne; il existe un peu de cambrure du bassin, comme dans les coxalgies. La fesse est saillante, et à sa partie externe on sent très-bien la tête du fémur roulant sous les doigts, quand on imprime au membre quelques mouvements.

Le grand trochanter paraît avoir conservé sa hauteur normale; un intervalle de 10 centimètres le sépare de l'épine iliaque antérieure et supérieure, tandis que du côté sain l'intervalle correspondant est de 12 centimètres. De l'épine iliaque à l'extrémité de la malléole externe, il y a 72 centimètres du côté malade et 75 du côté sain.

La mensuration, répétée plusieurs fois, a donné d'ailleurs de très-

légères variantes. La violence des douleurs empêche de constater quels sont les mouvements provoqués qui persistent.

De plus, l'enfant, ayant failli être étranglé par son cache-nez, présente encore le lendemain de l'accident une forte injection de la face et des ecchymoses conjonctivales.

On administre le chloroforme et on tente la réduction; l'extension est faite par deux aides, qui tirent sur un nœud coulant fait avec une serviette et placé au-dessus des malléoles, la contre-extension au moyen d'une alèze qui passe sous le côté droit du périnée et va se fixer à un barreau du lit; une autre alèze, dirigée transversalement, maintient le bassin.

Dès les premières tractions, la réduction est obtenue.

Le lendemain, l'enfant exécute dans son lit tous les mouvements de la cuisse, excepté ceux d'adduction et de flexion, à cause de la douleur qu'ils provoquent; il peut cependant s'asseoir.

Le 28. Tous les mouvements de la cuisse lui sont possibles dans son lit.

Le 3 décembre. On le fait lever un instant, il marche sans boiter.

Le 5. Il se lève et marche sans difficulté.

Le 9. Il sort tout à fait guéri.

Comparés entre eux, ces deux faits nous présentent une conformité frappante. La lésion se produit chez deux sujets du même âge, tous deux forts et bien constitués, tous deux arrivés à cette période de l'enfance qui touche à l'adolescence.

Le mécanisme diffère, il est vrai; chez l'un, la cause est une flexion forcée du tronc sur la cuisse; chez l'autre, probablement un mouvement violent d'adduction et de rotation en dedans; mais les signes sont identiques : même position du membre, même déformation de la fesse, même saillie de la tête fémorale, même impossibilité des mouvements d'abduction et de rotation en dehors. La réduction est également prompte et facile, bien qu'obtenue par des procédés différents; enfin les suites sont heureuses, et la guérison si rapide, qu'en moins de quinze jours les deux petits malades peuvent se promener sans difficulté dans la salle. Vu surtout l'identité des signes, ces deux luxations appartiennent évidemment à la même variété.

Mais quelle est cette variété? Le problème est facile, si on se contente de ce qui est classique aujourd'hui; c'est cette luxation que M. Malgaigne et Vidal appellent *iliaque*, et que M. Nélaton nomme *ilio-ischiatique;* c'est encore mieux celle qu'Hippocrate appelait *luxation en dehors*, et qu'il décrivait ainsi : « Dans la luxation de

la cuisse en dehors, le membre inférieur paraît plus court, étendu à côté de l'autre. On trouve en dedans la cuisse plus creuse et moins charnue dans le pli; en dehors la fesse plus bombée, parce que la tête du fémur s'est échappée en dehors. En outre, la fesse paraît plus élevée, les chairs de cette partie étant poussées par la tête de l'os. L'extrémité tibiale du fémur est déviée en dedans, ainsi que la jambe et le pied. » (*Loc. cit.*, p. 239.)

Or, dans la variété iliaque, A. Cooper avait distingué deux sous-variétés, l'iliaque proprement dite et la sciatique, distinctes l'une de l'autre par les signes qu'elles présentaient et par une différence très-tranchée dans la réduction, facile pour la première, souvent très-difficile pour la seconde. Cette distinction n'a pas été reconnue par la majorité des chirurgiens modernes; néanmoins, dans un travail tout récent, M. le docteur Chapplain (de Marseille) a pris avec talent la défense de la luxation sciatique d'A. Cooper, et si l'on compare nos deux observations au cas qu'il a publié, on est porté à admettre deux sous-variétés, l'une superficielle ou iliaque, l'autre profonde ou sciatique.

En effet, chez nos deux sujets, le pied du côté malade repose sur son bord interne, il a suivi le mouvement de rotation du membre; chez celui de M. Chapplain, le pied repose sur le talon, il n'a pas suivi la cuisse dans son mouvement de rotation. Ici, le grand trochanter ne paraît pas sensiblement abaissé; là, il est visiblement descendu; ici, un peu plus rapproché de l'épine iliaque antérieure et supérieure; là, il est plus éloigné. La tête fémorale, dont la position est tout à fait superficielle et dont les mouvements sont parfaitement sentis chez nos deux malades, est beaucoup plus profonde et ne peut être nettement distinguée par le chirurgien de Marseille.

Mais voici une différence beaucoup plus importante : le procédé ordinaire de traction et de contre-extension, le procédé de M. Després ont donné un résultat immédiat chez nos deux sujets; M. Chapplain les a employés sans succès, bien qu'il ait essayé le premier d'après toutes les règles tracées par A. Cooper, et qu'il ait tenté à deux reprises le second; c'est par un procédé fondé sur l'étude du cadavre qu'il est arrivé à la réduction. Ayant constaté qu'il avait à vaincre deux obstacles, d'une part la position de la tête en arrière du rebord postérieur de la cavité cotyloïde, d'autre part la résistance des muscles pyramidal et obturateur interne, il triompha du premier en portant le membre dans l'adduction forcée, et du second en forçant, au moyen de la jambe fléchie et employée comme levier, le mouvement de rotation du col, de manière à le rapprocher

de la surface osseuse de la fosse iliaque externe, ce qui fit abaisser la tête fémorale au-dessous des deux tendons. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois qu'on voit la réduction des luxations de la tête fémorale dans cette région entravée par des obstacles musculaires, témoin le fait présenté à la Société anatomique par M. Parmentier, et dans lequel la tête fémorale, située vis-à-vis l'échancrure sciatique, était prise par une boutonnière que formaient le pyramidal et l'obturateur interne.

M. Malgaigne attribue, il est vrai, à des luxations incomplètes, les signes que M. Chapplain rapporte à la luxation sciatique, et en particulier la position du pied et la profondeur de la tête fémorale. Mais, sans tenir compte de ce qu'il y a d'un peu paternel dans l'affection de M. Malgaigne pour les luxations incomplètes, et sans lui opposer l'autorité d'Hippocrate, qui les niait formellement pour les surfaces sphériques comme celles des têtes humérale et fémorale, M. Malgaigne n'a-t-il pas écrit que les luxations incomplètes du fémur offrent naturellement moins de difficultés que les autres pour la réduction ? Or, ce n'est certes pas ce qui a eu lieu dans le cas observé par M. Chapplain.

Nous concluons qu'il y a de l'importance à distinguer dans les luxations iliaques deux variétés ; seulement, au lieu de fonder cette distinction sur les rapports avec les os, qui peuvent présenter fort peu de différences dans les deux cas et qui n'entraînent par eux-mêmes que des conséquences minimes, il serait peut-être plus naturel d'établir au point de vue des signes, du pronostic et du traitement, une variété de luxations superficielles et une variété de luxations profondes : dans la première, la tête fémorale, toujours superficielle, toujours sentie avec facilité sous les doigts et n'étant en rapport avec aucun muscle qui puisse la retenir est toujours facilement réduite, ainsi que l'a fait remarquer Hippocrate pour sa luxation en dehors, qui y correspond parfaitement (*loc. cit.*, p. 305) ; dans la seconde, la tête du fémur, placée profondément et difficilement sentie avec les doigts, est en rapport avec les parties tendineuses et musculaires qui, en la retenant par une bride ou l'emprisonnant dans une boutonnière, peuvent entraver la réduction.

Nos deux cas observés dans le service seraient donc des exemples de *luxation iliaque superficielle*.

P. Guersant,
Chirurgien honoraire des hôpitaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Note sur les blessures du grand sympathique au cou. Ce n'est qu'avec une certaine réserve que nous livrons l'analyse de ce fait à la connaissance de nos lecteurs, car il est bien difficile de concevoir une lésion isolée du grand sympathique au cou. La distance qui sépare ce cordon d'autres organes très-importants, tels que le pneumo-gastrique, la carotide, etc., est si minime, qu'en vérité, à moins de le constater à l'autopsie, le fait peut être presque révoqué en doute. Quoi qu'il en soit, le cas est très-intéressant, car il s'est accompagné d'un certain nombre de phénomènes que nos physiologistes modernes peuvent produire à volonté sur les animaux par des vivisections.

Obs. Edward Mooney, âgé de vingt-quatre ans, de la compagnie C du 110e des volontaires pensylvaniens, reçut une balle qui lui entra dans la région droite du cou, à un pouce et demi en arrière de la branche de la mâchoire, vers le bord interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien. La balle traversa le cou en remontant un peu, et sortit un demi-pouce *en avant* de l'angle de la mâchoire du côté gauche. Il tomba sans connaissance, et, à en juger par les mouvements de son régiment, il resta peut-être ainsi une demi-heure. En s'éveillant il trouva qu'il avait la bouche pleine de sang caillé. Il le cracha. Le saignement ne continua pas. Après un instant de repos, il put marcher près de trois milles, jusqu'à l'arrière-garde, où ses blessures furent lavées avec de l'eau froide. En route, il trouva qu'il avait la voix rauque, l'articulation difficile, pénible, et que la déglutition le faisait presque tomber en syncope, en lui causant des douleurs brûlantes. Il dit que la sensation douloureuse lui semblait siéger au-dessous de la pomme d'Adam. Après cinq jours de grandes souffrances et d'une impossibilité complète d'avaler, il éprouva quelque soulagement; mais pendant un mois et plus il fut obligé d'avaler une gorgée d'eau après chaque bouchée d'aliments solides. La déglutition devint de moins en moins gênée, et elle se fait aujourd'hui comme avant l'accident. Une semaine après sa blessure, l'articulation des sons n'était plus douloureuse, mais la voix était restée rauque. Cependant cet état diminua aussi lentement, par degrés, et en juillet 1863 la voix était restée seulement un peu rude.

Pendant son retour à la santé, qui fut rapide, les blessures s'étant cicatrisées en six semaines, il eut des douleurs assez vives à la nuque. Il raconte qu'il avait des maux de tête chaque fois qu'il essayait, depuis sa blessure, de marcher ou de prendre de l'exercice. Il décrit ce mal de tête comme ayant eu principalement son siége au-dessous de l'oreille et derrière la tête, avec quelques douleurs frontales. Mais un mois après sa blessure, un camarade remarqua une apparence particulière de son œil droit, et la lui fit remarquer. Un peu plus tard l'œil commença à se fatiguer à la lumière vive, et il est resté dans cet état, toutefois avec un peu d'amélioration depuis les derniers temps.

15 juillet 1863. La pupille de l'œil droit est très-petite; celle de l'œil gauche est plus grande que de coutume. Il y a une déviation légère, mais appréciable de l'œil droit. Son angle externe paraît être tombé un peu plus bas que l'angle interne. Le globe de l'œil droit paraît plus petit que celui du gauche. Ces deux particularités se voient également, que l'œil soit ouvert ou clos; elles lui donnent l'apparence d'avoir été dévié de sa position normale. La conjonctive de l'œil droit est un peu plus rouge que celle de gauche, et la pupille du même côté est un peu déformée, ovale plutôt que ronde. Dans une place sombre ou au demi-jour, la différence entre les pupilles est surtout manifeste; mais à une lumière vive, comme au soleil, les deux pupilles deviennent presque d'égale dimension. L'œil gauche pleure beaucoup, mais la vision est meilleure, l'œil droit étant devenu myope. Au soleil, le malade y voit d'abord bien, mais après quelque temps il a des lueurs rouges dans l'œil droit, et enfin, après être resté longtemps exposé à cette vive lumière, il éprouve les mêmes symptômes dans l'œil gauche. Il se plaint beaucoup de maux de tête frontaux, qu'il a encore, et il pense que depuis sa blessure sa mémoire a baissé, quoique cet état se soit amélioré dans les derniers temps.

Depuis sa blessure il a maigri et s'est affaibli.

Vers le 30 août, le malade se rendit à la consultation du docteur Dyer, qui examina ses yeux à l'ophthalmoscope, mais ne trouva aucune apparence anormale de la rétine. Mooney revint à pied de la consultation du docteur Dyer à l'hôpital. C'était plus d'exercice qu'il n'en prenait d'habitude, car il était faible, et il évitait le mouvement, parce qu'il lui donnait des maux de tête. Un infirmier qui l'accompagnait ce jour-là fit remarquer à quelqu'un du service médical le singulier aspect qu'avait la physionomie du malade après sa promenade au soleil. Il avait la figure rouge du côté droit seulement, et il était pâle du côté gauche. Le même fait fut observé à nouveau par l'un de nous. Le patient revenait précisément de prendre de l'exercice : la moitié droite de sa figure était très-rouge; la rougeur s'étendait jusqu'à la ligne médiane, mais la ligne de démarcation était moins bien limitée au menton et aux lèvres qu'au-dessus de ces points. Le malade se plaignait d'une douleur au-dessus de l'œil droit et de lueurs rouges du même côté.

Un examen thermométrique attentif fait *pendant le repos* ne permit d'apprécier aucune différence dans la chaleur des deux côtés de la face, à l'intérieur de la bouche et dans l'oreille. Nous regrettons qu'on n'ait pas fait le même examen quand la face était congestionnée par l'exercice. Sous l'influence d'un traitement tonique, le malade s'améliora rapidement : ses yeux devinrent moins sensibles, ses pupilles moins dissemblables, l'une des paupières plus droite. Il a eu plusieurs attaques de défaillance après s'être exposé au soleil, et celles-ci, de même qu'une diarrhée accidentelle, retardèrent sa guérison. Il fut enfin en état de reprendre le service, et partit pour cela en octobre 1863. Presque tous les symptômes particuliers qu'il avait éprouvés avaient disparu, et il avait, en définitive, recouvré la santé.

(*Gazette hebdomadaire.*)

Bons effets des injections sous-cutanées de morphine dans un cas d'ophthalmie strumeuse, avec photophobie très-intense. Nous avons fait connaître, dans un de nos précédents volumes (LXVI, p. 35), les enseignements du professeur de Graefe sur les indications et l'emploi des injections hypodermiques appliquées à la chirurgie oculaire. Le fait suivant, que nous empruntons à une intéressante communication de M. Freeman, de Bath, montre bien le parti qu'on peut tirer de cette pratique dans les cas spécifiés par le célèbre ophthalmologiste de Berlin.

Fanny B***, âgée de quarante-six ans, d'une constitution éminemment scrofuleuse, entra dans le service de M. Soelberg Wells, à l'hôpital de Middlessex, pour une blépharite granuleuse, qui avait déterminé une kératite avec pannus, accompagnée de photophobie intense, de larmoiement, de névralgie ciliaire, et de spasme excessif des orbiculaires palpébraux. Il fut impossible d'arriver à entr'ouvrir l'œil sans avoir au préalable soumis la malade à l'action du chloroforme. Pendant six semaines consécutives, on eut recours aux applications topiques de belladone et d'atropine; il n'en résulta aucune amélioration, le spasme et l'hyperesthésie persistèrent avec la même intensité. Cependant, on avait remarqué que quand on venait à comprimer de chaque côté le nerf frontal externe à sa sortie du trou sus-orbitaire, les paupières pouvaient s'écarter légèrement ; et comme ces nerfs donnent quelques filets à la paupière supérieure, et que le spasme paraissait être réflexe, on eut l'idée de diviser les deux nerfs à leur point d'émergence sous la peau. Heureusement, avant d'en venir à cette opération, on se décida à essayer d'une injection hypodermique de morphine, au niveau du sourcil : deux injections chacune d'un sixième de grain ayant été pratiquées dans l'espace de quarante-huit-heures, la malade put entr'ouvrir les yeux sans trop de souffrance ; grâce à une nouvelle injection faite chaque soir; l'hyperesthésie alla diminuant graduellement, et au bout de huit ou dix jours, elle put voir et lire le numéro 8 de Jaeger. (*British med. journ.*, 24 juin 1865.)

Galazyme : nouvel agent pour le traitement des affections catarrhales, de la phthisie et des consomptions en général. Les tribus nomades des Baschkirs et des Kirghiz, qui errent dans les steppes de la Russie orientale, jouissent, à ce qu'il paraît, d'une remarquable immunité à l'endroit des maladies de poitrine. Cela peut s'expliquer, au moins en grande partie, par les conditions particulières

de leur vie, complétement libre, passée au grand air. Sans méconnaître les avantages d'un tel mode d'existence, et la part que peut avoir dans un tel résultat ceux d'une alimentation presque exclusivement animale, M. le docteur Schnepp, inspecteur-adjoint aux Eaux-Bonnes, déclare être arrivé, avec les médecins des régions habitées par ces peuplades, à prendre en très-sérieuse considération une croyance vulgaire répandue parmi elles, laquelle attribue cette immunité à l'usage presque exclusif qu'elles font du lait de jument, appelé *kumis* (*koumits*), bu pendant qu'il est en fermentation.

Le kumis des Baschkirs, suivant le docteur Ueke, médecin du gouvernement de Samara, se prépare dans une espèce d'outre de cuir; il est blanc comme le lait frais, sans grumeaux de matières grasses ou caséeuses; il ne laisse pas non plus de dépôt. Sa saveur et son odeur sont légèrement aigrelettes, et son acidité augmente à mesure que la fermentation se développe, fermentation qui donne lieu à une forte effervescence de gaz acide carbonique quand on agite la liqueur, qu'on peut retarder ou arrêter en enfouissant les outres dans la terre, ou les plaçant dans un lieu frais, et enfin qu'on peut entretenir en ajoutant de temps en temps du lait frais.

L'opinion généralement adoptée en Russie que le kumis est propre à empêcher ou à enrayer le développement des maladies consomptives de la poitrine, conduit, chaque année chez les Baschkirs et les Kirghiz, pendant les mois d'été, de nombreux malades qui viennent réclamer les bienfaits de la cure du kumis. L'administration en est faite par ces nomades, suivant une certaine méthode, sur laquelle ce n'est pas le lieu de donner ici des détails. Tout ce qu'il importe de dire, c'est que les malades qui suivent cette cure, gagnent, dit-on, rapidement de l'embonpoint et des forces, et au bout de trois ou quatre semaines ne sont plus reconnaissables, tellement ils reprennent vite, grâce au seul kumis. On ajoutera, sans doute aussi avec nous, grâce au changement radical des conditions hygiéniques.

Quoi qu'il en soit, M. le docteur Schnepp, admettant les bons effets de la boisson nutritive des Baschkirs et des Kirgbiz sur les malades atteints de consomption, s'est proposé de transporter chez nous la cure du kumis. Il a donc cherché à obtenir un produit aussi semblable que possible, et après divers tâtonnements, dont il rend compte, il est parvenu, en faisant fermenter du lait de vache frais uni au lait d'ânesse dans de certaines proportions, à avoir une certaine variété de kumis, à laquelle il a donné le nom de *galazyme*, de γαλα, lait, et ζυμη, levûre, ferment.

Il a administré cette boisson à des doses quotidiennes qui, de deux demi-verres au début, ont été portées graduellement à trois verres, en ayant soin de placer les malades dans des conditions d'habitation et de température analogues à celles que les nomades ont reconnues être les plus favorables : sous ce dernier rapport, il paraît que la cure est d'autant plus efficace que la saison est plus chaude et plus sèche. Chez quelques sujets, deux phthisiques au premier degré ou au deuxième degré commençant, deux autres phthisiques présentant les signes de la fonte tuberculeuse, et une jeune femme chlorotique, M. Schnepp a pu, par des pesées successives, constater les effets sur la nutrition, effets qui se sont traduits par une augmentation rapide du poids; dans un cas, cette augmentation n'a pas été moindre de 7 kilogrammes en cinquante-quatre jours.

Outre cette action importante sur le travail nutritif, action qui ne se produit qu'avec le temps, il est bon de noter les effets physiologiques les plus immédiats du galazyme. Le premier est de calmer la soif, et d'exciter l'appétit. Les sécrétions excrémentitielles sont accrues : un peu de diarrhée au début (quand la boisson est à l'état frais), sueurs et exerétion urinaire surtout plus abondantes, augmentant avec les doses ; pouls moins fréquent, plus souple et plus large : dans certains cas espèce particulière d'ébriété, calme, tout au plus un peu loquace, avec somnolence et disposition très-prononcée à la quiétude du corps et de l'esprit.

Tels sont, succinctement et en substance les renseignements que nous pouvons donner à nos lecteurs sur un nouvel agent qu'un médecin laborieux tente en ce moment d'introduire dans la thérapeutique, de quelques-unes des maladies les plus graves qui affectent l'humanité. Quelle en est la valeur intrinsèque réelle ? C'est ce que l'avenir seul et l'expérience peuvent nous apprendre. (*Gaz. hebd.*, 1865, numéro 24).

Traitement chirurgical de la phlébite. M. H. Lee, pour justifier la proposition d'un traitement chirurgical, commence par établir que la substance (lymphe plastique, pus, dépôt fibrineux) qu'on trouve à l'intérieur des veines enflammées, n'est pas une sécrétion morbide de la paroi du vaisseau, mais bien une transformation du sang que celui-ci contenait. Aussi, ce dépôt étant mobile, il faut, avant tout, s'opposer à sa migration du côté du cœur, migration qui pourrait entraîner des accidents sérieux.

Dans ce but, et suivant, du reste, en cela les vues et la pratique de Hunter, l'auteur a, dans quatre cas de phlébite, arrêté la circulation dans le vaisseau, entre le point enflammé et le cœur; et il a réalisé cette indication: une fois avec une pelote maintenue au-dessus de la veine basilique; deux fois avec une aiguille placée sous la veine et un fil jeté en 8 de chiffre, comprenant l'aiguille et le vaisseau; deux fois enfin en divisant par une section sous-cutanée, au-dessus du siége de l'inflammation, la veine dont les deux extrémités furent ensuite fermées au moyen de l'acupressure.

C'est ce dernier procédé que M. H. Lee préfère et recommande. En l'employant, l'oblitération du vaisseau est solide, et il n'y a pas à craindre de suppuration. On peut retirer, en toute sécurité, les aiguilles au bout de trois ou quatre jours. (*Royal medical and surgical Society of London*, 9 mai 1865.)

Traitement des ascarides. M. le docteur W.-A. Smith recommande l'emploi d'un lavement fait avec 8 grammes d'éther sulfurique et environ 125 grammes d'eau. Ce remède, que M. Smith a employé avec succès dans un grand nombre de cas, non-seulement détruit les ascarides, mais encore calme l'irritation réflexe produite par la présence des parasites dans le rectum. — M. Samuel Fowel administre 18 centigrammes de santonine trois soirs de suite, et chaque matin une petite dose de poudre de jalap composée (jalap, crème de tartre et gingembre), et enfin 12 centigrammes de citrate de fer et de quinine, deux ou trois fois par jour. M. le docteur M'Cormac purge d'abord avec parties égales d'huile de castor et d'essence de térébenthine, les doses variant avec l'âge et le sexe. Chaque matin un lavement avec 8 grammes de sel de cuisine dans 250 grammes d'eau froide. Si ces moyens ne suffisent pas, M. M'Cormac donne un lavement avec 4 grammes de teinture de fer muriatée dans 250 grammes d'eau froide et administre par gouttes par la bouche la même quantité de teinture en plusieurs fois dans la journée. (*The Lancet*, avril 29.)

Empoisonnement par la digitaline. Les faits de ce genre sont encore rares dans les annales de la science; mais, depuis l'immense retentissement qu'ont eu les débats d'une affaire qui a tristement ému l'opinion publique, il faut s'attendre désormais à voir plus souvent que par le passé la digitaline servir d'arme à ceux qui voudront en finir avec leur propre existence ou attenter à la vie d'autrui.

L'exemple suivant est emprunté à la pratique de M. le docteur Dubuc: Le 26 septembre 1864, à cinq heures du soir, ce confrère fut appelé auprès d'un homme de quarante-cinq ans, qui, en proie à des chagrins persistants, et désirant mettre fin à ses jours, venait d'avaler d'un seul coup 45 à 50 granules de digitaline, préparation dont il faisait habituellement usage contre des battements de cœur, auxquels il était sujet.

Il le trouva étendu sur son lit, sans connaissance. Les mains et les pieds étaient froids, les arcades dentaires serrées l'une contre l'autre. Le pouls petit, dur, régulier, battait 80 fois par minute.

Le malade retrouva bientôt la parole, se plaignant d'une soif extrêmement vive et d'envie de vomir. Trois prises d'ipéca et d'émétique, suivies de l'injection d'un bol d'eau tiède, restant sans effet, on engagea cet homme à enfoncer profondément ses doigts dans le gosier, ce qui fut immédiatement suivi du vomissement d'une assez grande quantité de liquide aqueux un peu verdâtre.

Le pouls était devenu irrégulier, intermittent et ne battait plus que 60 fois par minute, tandis que la respiration était très-fréquente, entrecoupée, incomplète, sentiment d'abattement; douleurs violentes dans les cuisses et surtout dans les mollets. Il existait aussi de fortes coliques, qui disparurent à la suite d'une selle copieuse, déterminée par un lavement purgatif.

On avait fait administrer une tasse de café noir, en recommandant d'en donner une pareille toutes les demi-heures. Peu à peu la chaleur revint

aux extrémités et la figure se colora. Le pouls, toujours dur, petit, très-irrégulier, ne battait plus que 40 fois par minute; à l'auscultation du cœur, on entendait des battements irréguliers, intermittents, mais pas de souffle. Le nombre des respirations n'était plus que de 20 à 24. Intelligence intacte.

Onze heures du soir : Assoupissement; le pouls est régulier : 70 pulsations. Agitation pendant la nuit; vomissements et selles abondantes.

Le lendemain matin, le facies est altéré, les yeux excavés, les joues ridées, toute la physionomie exprime une grande prostration. La peau est chaude, le pouls est tombé à 40 ; il est petit, dur, très-irrégulier. Douleurs susorbitaires et rachidiennes; sentiment d'ardeur au fondement et au col de la vessie.

On reprend l'usage du café, suspendu pendant la nuit, et le pouls ne tarde pas à remonter à 72.

Dans la soirée, le malade est assez calme, le pouls, moins irrégulier, bat 52 fois par minute. On suspend l'administration du café.

Le 28, le pouls est à 44 ; l'irrégularité a presque entièrement disparu, les pulsations sont de force égale et bien rhythmées. On recommence encore cinq ou six tasses de café noir dans la journée. Le malade boit le soir du bouillon avec plaisir. Nuit excellente. Dès lors la santé se rétablit rapidement : l'appétit revint peu à peu, le pouls reprit sa fréquence et sa régularité normales. Il n'est resté à cet homme aucune espèce d'incommodité, comme conséquence de sa folle tentative.

L'infusion de café semble avoir été extrêmement utile contre les troubles consécutifs à l'absorption de la digitaline. Lorsque le malade en eut pris quelques tasses, on vit le pouls se relever, devenir plus fréquent, plus régulier. Rien d'étonnant, d'ailleurs, à ce que le café, qui est l'antidote par excellence des poisons narcotico-âcres puisse être employé utilement contre une substance qui a mérité d'être rangée, par ses effets toxiques, à côté des solanées vireuses. (*Gaz. des hôpit.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Traitement de la phthisie pulmonaire par la viande crue. M. le professeur Fuster, de Montpellier, emploie, dans ses salles de clinique médicale, contre la phthisie pulmonaire, une méthode de traitement qui lui a donné jusqu'ici de belles espérances.

« Il s'agit de l'usage de la viande crue de mouton ou de bœuf, avec une potion alcoolique à petites doses.

« Voici leur mode d'administration :

« 1° Pour la viande crue, dit-il, je la donne d'abord à la dose de 100 grammes, en la poussant progressivement jusqu'à 2 à 300 dans les vingt-quatre heures. Sa préparation consiste à la réduire en pulpe, en la pilant dans un mortier de pierre ou de faïence; à passer la pulpe à travers un tamis ou une passoire, afin de la débarrasser des parties tendineuses et à en former des bols roulés dans du sucre ou dans un sirop quelconque.

« Les enfants ou les malades qui ne peuvent avaler ces bols les prennent sous forme de gelée ou de pulpe sucrée, par cuillerées à café ou à dessert.

« J'étanche au besoin la soif de ces malades au moyen d'une solution, *à froid*, d'une centaine de grammes de viande crue pour 4 ou 500 grammes d'eau édulcorée.

« 2° La potion alcoolique est composée de 100 grammes d'alcool à 20 degrés Réaumur, dilués dans 200 ou 250 grammes d'eau et 60 grammes de sirop de fleurs d'oranger.

« On la prend par cuillerées à bouche, d'heure en heure. J'augmente ou je diminue les proportions de l'alcool et l'intervalle des prises, selon la susceptibilité des sujets. Le concours de ces deux agents est indispensable : le premier me paraissant avoir une action reconstituante, le second une action plus directe sur les organes de l'hématose. En outre, la potion alcoolique me semble devoir empêcher la génération du ténia et des trichines que suscite souvent l'emploi de la chair crue.

« Il n'y a rien de nouveau dans la médication que je pratique, si ce n'est la combinaison des deux moyens et leur application à la phthisie pulmonaire.

« J'ai étendu cette application à d'autres affections caractérisées aussi par un état de consomption générale, comme celle qui s'observe après les hémorrhagies, les longues maladies, l'infection purulente, la glycosurie,

etc., etc., à tous les cas, en un mot, de phthisie, quelle qu'en soit la cause.

« Dix-huit malades ont été soumis jusqu'ici à cette médication dans les salles de la clinique médicale : seize sont phthisiques ; deux étaient atteints d'infection purulente. Des seize phthisiques, cinq sont de jeunes femmes, et onze des hommes mûrs. Les deux infections purulentes étaient dues, l'une à une vomique du poumon, l'autre à un épanchement purulent des plèvres.

« Quatorze des seize phthisiques portaient des cavernes ou des tubercules pulmonaires à l'état de fonte ; les deux autres portent aussi des tubercules aux poumons, non encore ramullis. Les signes physiques et les symptômes généraux ne permettaient pas de douter de l'existence de ces lésions. Parmi ces malades, cinq phthisiques et les deux malades d'infection purulente devaient succomber dans les vingt-quatre heures, d'après toutes les prévisions de la science : tous ces malades ont survécu. Les sujets atteints d'infection purulente se sont rétablis en peu de jours. La vomique du poumon s'est cicatrisée, et le malade est sorti guéri le 9 de ce mois ; chez l'autre, l'épanchement pleural s'est résorbé, et le malade, encore dans les salles, est en pleine convalescence.

« Quant aux phthisiques, chez tous les forces reviennent, la fièvre hectique a cessé, les sueurs et le dévoiement colliquatif se sont dissipés, la toux et l'expectoration ont diminué, l'appétit a reparu, la voix s'est éclaircie, l'oppression s'est dissipée, les cavernes se sont vidées, et les signes physiques attestent la réparation progressive des lésions du puumon.

« Il n'y a d'exception que pour deux malades (deux femmes), qui ont obstinément refusé de continuer les prescriptions. Celles-là ont succombé, et l'ouverture du corps nous a permis de vérifier l'exactitude de notre diagnostic.

« Le traitement est puissamment secondé par un régime substantiel, un air pur et l'attention à détruire les complications intercurrentes, ainsi que les symptômes prédominants.

« Il sera avantageux de cacher aux malades la nature des agents de cette médication. » (*Académie de médecine.*)

Traitement de l'angine couenneuse par le jus de citron. Ce traitement vient d'être préconisé dans une note que M. le docteur Révillout, encouragé par les conseils de M. le professeur Trousseau, a lue récemment à l'Académie de médecine. Notre confrère ne présente d'ailleurs pas ce moyen dans cette maladie comme chose absolument nouvelle. Il rappelle que M. Trousseau lui-même a appliqué le jus de citron comme topique, à l'aide d'un pinceau, chez des enfants à l'hôpital Necker, et sans doute il connaît l'emploi que Cazin (*Tr. des plantes méd. indig.*, p. 302) en a fait en l'unissant au suc d'ail, dans une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à Boulogne en 1855 et 1856, emploi sur lequel nous avons donné des renseignements dans notre tome LV (p. 327 et 368). Ce que prétend M. Révillout, et il le prétend à juste titre, c'est d'avoir été le premier à se servir de l'agent en question de la manière qu'il recommande, et, suivant lui, comme il le faut pour qu'il soit vraiment efficace.

M. le docteur Révillout fait exprimer le jus de plusieurs citrons, qu'il ordonne d'employer pur en gargarisme, sans interruption, en ayant soin d'en laisser tomber une partie dans l'arrière-gorge, afin d'agir durant la déglutition sur le pharynx et l'œsophage, et il fait continuer ce manége jusqu'à ce que les fausses membranes soient détachées. Cet effet, d'après son observation, n'est en général pas très-long à se produire ; toutefois, il est des cas où le mal est plus résistant, où les fausses membranes se reforment une ou plusieurs fois ; il faut alors persister dans l'usage du même moyen sans se laisser rebuter ; dans un cas il y eut d'employés en tout cent vingt citrons, et dans un autre cent quatre-vingt--cinq. Cette manière de se servir du jus de citron ne répond pas, on peut le penser, à cette partie du précepte qu'exprime le mot *jucundè :* il se produit, au contraire, une vive douleur, qui peut même devenir presque insupportable. Aussi ce traitement exige-t-il, de la part des patients, une certaine persévérance et un certain courage, qu'on ne peut guère espérer avant l'âge de raison ; il n'est donc pas applicable chez les jeunes enfants, et d'un autre côté, il cesse de l'être chez les adultes, lorsqu'il existe déjà des fausses membranes dans les parties de l'arbre aérien que les gargarismes ne peuvent atteindre. Il faut ajouter que, tout en guérissant l'affection locale, il ne met pas toujours à l'abri des phénomènes nerveux con-

sécutifs, l'adynamie, la paralysie du voile du palais, etc.

M. Révillout dit avoir eu occasion d'employer sa méthode un assez grand nombre de fois ; mais il n'a gardé des notes que sur onze cas. Voici une de ces observations, qu'il rapporte comme spécimen propre à faire connaître ce qu'il lui semble essentiel de savoir sur la marche du traitement et son influence.

Le 9 avril 1862, il fut appelé auprès d'un jeune homme atteint d'angine diphthéritique, et qui était dans un état très-grave. L'engorgement ganglionnaire était énorme ; les fausses membranes grisâtres, épaisses, résistantes, attiraient par leur rétraction les tissus environnants, et simulaient de profonds ulcères, surtout sur l'amygdale gauche, chroniquement hypertrophiée ; la céphalalgie, la dysphagie, l'adynamie, le découragement étaient considérables. Notre confrère ordonna d'employer par heure le jus d'au moins quatre citrons, de la manière indiquée ci-dessus. Le lendemain matin, les fausses membranes étaient blanchies ; elles paraissaient au moins aussi épaisses, mais beaucoup plus molles, et se dessinaient en relief sur des tissus qui n'étaient plus bridés par elles. Même prescription. Le soir, les fausses membranes détachées en grande partie, l'engorgement ganglionnaire et le gonflement de la face notablement diminués. Le 11, après trente-six heures, il ne restait plus aucune parcelle des fausses membranes primitives, qui, sur quelques points, étaient remplacées par des concrétions minces, transparentes, peu adhérentes. Seulement, sur la muqueuse palatine, vers l'insertion du voile du palais, légère exsudation pultacée, analogue à celle qu'on rencontre dans les scarlatines communes : diminution de la quantité de jus de citron qui est employé mêlé avec partie égale de sirop de mûres. Le lendemain, il ne restait plus de fausses membranes d'aucune espèce ; l'engorgement ganglionnaire avait presque entièrement disparu ; cessation des gargarismes. Était-ce bien une angine diphthérique ? Il est permis d'en douter.

M. le docteur Revillout envisage l'action du moyen qu'il préconise, comme consistant non pas à dissoudre les fausses membranes comme des morceaux de fibrine au fond d'un vase, mais à modifier la nature de l'inflammation, sinon spécifique, du moins de forme spéciale, qui les produit ; en un mot, il range sa méthode dans cette indication à laquelle M. Trousseau a donné le nom de substitutive. C'est sur lui-même qu'il en a expérimenté pour la première fois les effets, alors qu'il était atteint de diphthérite du pharynx et des fosses nasales, maladie contractée à l'hôpital des Enfants, et qui, rebelle à l'emploi du nitrate d'argent en solution, était devenue très-inquiétante. Depuis lors, c'est-à-dire depuis plusieurs années, il n'a jamais eu recours à une autre méthode de traitement dans l'angine couenneuse, et elle lui a toujours réussi, bien que, dit-il, il l'ait mise en usage dans des cas qui paraissaient fort graves. Même avec les restrictions dont on a vu qu'elle est passible dans l'application, ce serait là, certes, un beau résultat dans une affection aussi sérieuse que celle dont il s'agit, tellement beau que, tout en éprouvant et précisément parce que nous éprouvons le plus extrême désir de voir enfin la médecine en possession de moyens efficaces contre cette terrible maladie, nous croyons devoir, craignant de nous abandonner prématurément à l'espoir qui nous est offert, attendre la consécration du temps et de l'expérience. (*Acad. de méd.*, 20 juin 1855.)

VARIÉTÉS.

Le *Moniteur* publie un décret impérial en date du 14 juillet portant promulgation de la convention internationale relative aux militaires blessés sur les champs de bataille, signée à Genève le 22 août 1864. Voici le texte de cette convention :

Article 1er. Les ambulances et les hôpitaux militaires seront reconnus neutres, et, comme tels, protégés et respectés par les belligérants, aussi longtemps qu'il s'y trouvera des malades ou des blessés.

La neutralité cesserait, si ces ambulances ou ces hôpitaux étaient gardés par une force militaire.

Art. 2. Le personnel des hôpitaux et des ambulances, comprenant l'intendance, les services de santé, d'administration, le transport des blessés, ainsi que les aumôniers, participera au bénéfice de la neutralité lorsqu'il fonctionnera, et tant qu'il restera des blessés à relever ou à secourir.

Art. 3. Les personnes désignées dans l'article précédent pourront, même après l'occupation par l'ennemi, continuer à remplir leurs fonctions dans l'hôpital ou l'ambulance qu'elles desservent, ou se retirer pour rejoindre le corps auquel elles appartiennent.

Dans ces circonstances, lorsque ces personnes cesseront leurs fonctions, elles seront remises aux avant-postes ennemis par les soins de l'armée occupante.

Art. 4. Le matériel des hôpitaux militaires demeurant soumis aux lois de la guerre, les personnes attachées à ces hôpitaux ne pourront, en se retirant, emporter que les objets qui sont leur propriété particulière.

Dans les mêmes circonstances, au contraire, l'ambulance conservera son matériel.

Art. 5. Les habitants du pays qui porteront secours aux blessés seront respectés et demeureront libres.

Les généraux des puissances belligérantes auront pour mission de prévenir les habitants de l'appel fait à leur humanité et de la neutralité qui en sera la conséquence.

Tout blessé recueilli et soigné dans une maison y servira de sauvegarde. L'habitant qui aura recueilli chez lui des blessés sera dispensé du logement des troupes, ainsi que d'une partie des contributions de guerre qui seraient imposées.

Art. 6. Les militaires blessés ou malades seront recueillis et soignés, à quelque nation qu'ils appartiennent. Les commandants en chef auront la faculté de remettre immédiatement aux avant-postes ennemis les militaires blessés pendant le combat, lorsque les circonstances le permettront et du consentement des deux partis.

Seront renvoyés dans leur pays ceux qui, après guérison, seront reconnus incapables de servir.

Les autres pourront être également renvoyés, à la condition de ne pas reprendre les armes pendant la durée de la guerre.

Les évacuations avec le personnel qui les dirige, seront couvertes par une neutralité absolue.

Art. 7. Un drapeau distinctif et uniforme sera adopté pour les hôpitaux, les ambulances et les évacuations. Il devra être, en toute circonstance, accompagné du drapeau national.

Un brassard sera également admis pour le personnel neutralisé, mais la délivrance en sera laissée à l'autorité militaire.

Le drapeau et le brassard porteront croix rouge sur fond blanc.

Art. 8. Les détails d'exécution de la présente convention seront réglés par les commandants en chef des armées belligérantes, d'après les instructions de leurs gouvernements respectifs et conformément aux principes généraux énoncés dans cette convention.

Art. 9. Les hautes puissances contractantes sont convenues de communiquer la présente convention aux gouvernements qui n'ont pu envoyer des plénipotentiaires à la conférence internationale de Genève, en les invitant à y accéder; le protocole est, à cet effet, laissé ouvert.

Art. 10. La présente convention sera ratifiée et les ratifications en seront

échangées à Berne, dans l'espace de quatre mois, ou plus tôt si faire se peut.

Nous apprenons que M. Husson, directeur général de l'Assistance publique, vient de consacrer plusieurs jours à la visite des établissements hospitaliers de Londres. Il s'est proposé, nous assure-t-on, d'étudier particulièrement l'organisation des hôpitaux consacrés aux maladies spéciales, telles que la variole, la fièvre, la phthisie, le cancer, les accouchements, etc., ainsi que celle des work-houses, qui possèdent aussi des infirmeries pour les maladies de toute espèce. Ces divers établissements sont le complément des hôpitaux généraux et reçoivent toute la population de malades qui n'a pu être admise dans ces derniers. C'est, en effet, la connaissance de ces trois natures d'établissements, comme l'a déjà indiqué M. le directeur de l'Assistance publique dans ses publications, qui peut donner une idée exacte et complète des institutions d'assistance affectées au traitement des maladies dans la capitale britannique.

On lit dans le *Moniteur universel* du 23 juillet 1865 : « Les dernières nouvelles d'Egypte annoncent la décroissance très-marquée de l'épidémie de choléra qui a surtout sévi à Alexandrie et au Caire, et qui n'a pas épargné la colonie européenne. Dans cette dernière ville, que l'importance de sa population et les conditions fâcheuses de l'hygiène et de l'alimentation publiques exposaient davantage aux atteintes du fléau, on compte de nombreuses victimes. Au milieu de ces tristes circonstances, il est consolant de signaler le zèle avec lequel des secours de toute espèce ont été sur-le-champ organisés pour les malades par le consulat de France, avec le concours empressé de nos nationaux et l'assistance infatigable des sœurs de Saint-Joseph et du Bon-Pasteur et des frères de la doctrine chrétienne.

« Dès le début de l'épidémie, le local de la chancellerie a été mis à la disposition de la colonie française, et une souscription ouverte par M. Roustan, gérant du consulat, pour y instituer un bureau de secours, a réuni immédiatement une somme importante. Trois médecins français, entre autres le docteur Arnoux Bey, médecin sanitaire par intérim, ont offert leurs services gratuits ; une commission s'est constituée, sous la présidence du consul intérimaire, pour la distribution de secours et d'aliments aux Français indigents. Un grand nombre de nos compatriotes ont été soignés à domicile ; d'autres, après avoir reçu les premiers soins à la salle d'ambulance française, ont été transportés à l'hôpital européen, où les suit la sollicitude du consulat, qui a trouvé aussi des auxiliaires dévoués chez les membres de la commission militaire française résidant au Caire, présidée par l'honorable colonel Mircher. »

A ces renseignements nous ajouterons les suivants :

Plusieurs de nos confrères, donnant l'exemple du dévouement qu'on ne saurait refuser aux membres de notre profession, viennent de partir pour l'Egypte au nom du gouvernement.

On cite entre autres : MM. Davesne, Duvivier, Revillout et P. Horteloup, fils de notre distingué confrère, médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. le docteur Henri Favre est parti pour la même destination, il y a trois semaines, dès qu'il a eu connaissance de l'existence de l'épidémie.

Sur le rapport présenté à l'Empereur, par LL. EExc. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics et le ministre de l'instruction pu-

blique, le 20 juin 1861, une commission spéciale, composée de professeurs des Ecoles de médecine et de pharmacie, fut formée à l'effet de s'occuper de la révision du Codex ou Pharmacopée française, et de préparer une nouvelle édition de cet ouvrage. Un arrêté de Son Exc. le ministre de l'instruction publique, en date du 17 janvier 1865, relatif à l'adjudication, contenait, entre autres dispositions, que seraient admis à concourir à cette adjudication les imprimeurs, libraires ou éditeurs d'ouvrages de sciences médicales résidant à Paris, qui auraient été agréés par le ministre; que l'adjudicataire s'engagerait à verser au Trésor, le jour même de la remise du manuscrit, une somme de 25,000 francs destinée à couvrir les frais de rédaction et de correction des épreuves de l'ouvrage.

L'adjudication, qui devait être prononcée en faveur de celui qui offrirait le plus bas prix possible de vente par chaque feuille in-8° de 16 pages, a eu lieu le 23 mai 1865, au ministère de l'instruction publique.

Cinq libraires de Paris se sont présentés à l'adjudication. MM. J.-B. Baillière et fils, libraires de l'Académie de médecine, ont été déclarés adjudicataires chargés de la publication du Codex.

Le travail de la coordination de tous les matériaux et de la rédaction étant terminé, et le manuscrit étant remis à l'imprimeur, on peut espérer une assez prochaine publication.

Il ne sera pas sans intérêt de rappeler, à cette occasion, que l'usage du premier Codex avait été ordonné par l'arrêt du parlement de Paris, du 23 juillet 1745, et qu'il fut remplacé successivement par le Codex medicamentarius, publié en 1818, chez Harquart, en 1837, chez Béchet jeune.

Le Codex de 1837 n'est plus en harmonie avec l'état de la science. La publication du nouveau Codex remplira une lacune depuis longtemps signalée. (Extrait de la *Bibliographie de la France*. Samedi, 16 juin 1865.)

Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs de Saint-Germain et Guéniot.

Le concours pour deux places de médecin du Bureau central a été terminé par la nomination de MM. Second-Féreol et Cadet de Gassicourt.

Le concours pour deux places de chef de clinique médicale près la Faculté de médecine de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Bricheteau et Ollivier.

Le concours pour une place de chef de clinique d'accouchements près la Faculté de médecine de Paris vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Bailly.

M. Saint-Pierre, docteur en médecine, est nommé chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Chapplain, professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement à ladite Ecole, en remplacement de M. Melchior Robert, décédé.

M. Broquier, chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Chapplain, appelé à d'autres fonctions.

M. Rousset (Ernest), licencié ès sciences physiques, est nommé professeur suppléant pour les chaires de matière médicale et thérapeutique, de pharmacie et toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, en remplacement de M. Dufossé.

M. Combalot, chirurgien-adjoint des hôpitaux, est nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, en remplacement de M. Broquier, appelé à d'autres fonctions.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Traitement du rhumatisme articulaire par les injections sous-cutanées de sulfate de quinine. Recherches sur l'absorption hypodermique de ce médicament.

Par M. T. Dodeuil, interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté.

Une question dominante en thérapeutique est celle de l'absorption des médicaments. Malgré son importance capitale, malgré les travaux multipliés dans le but de l'éclairer, cette question est encore enveloppée d'obscurités et d'incertitudes, ce qui tient à la difficulté d'analyser et de juger toutes les causes qui influent sur la pénétration intime des substances médicamenteuses dans l'organisme.

On a réalisé un progrès en cherchant des voies plus rapides que celles de la digestion. L'absorption, rendue plus directe et plus prompte, a été simplifiée. Soustraits à des influences multiples, les effets thérapeutiques ont été d'une rigueur et d'une précision jusqu'alors inconnues.

Parmi les nouvelles méthodes, celle des injections sous-cutanées a déjà rendu de grands services, et son cadre s'élargit chaque jour. Depuis plusieurs mois, nous nous livrons à des recherches sur l'absorption hypodermique du sulfate de quinine. Des expériences intéressantes ayant été faites dans le même sens et relatées récemment dans les journaux scientifiques, nous croyons devoir exposer dès à présent les résultats que nous avons obtenus.

Ces résultats ne sont pas identiques à ceux que signalent les divers observateurs qui se sont occupés du même sujet. La divergence vient des conditions dans lesquelles nous avons expérimenté et du but tout différent que nous avons envisagé.

Toutes nos observations ont été recueillies dans le service et sous la direction de M. Bourdon. En voulant bien patroner ces recherches sur le traitement non encore employé du rhumatisme articulaire par les injections sous-cutanées de sulfate de quinine, notre savant maître apporte aujourd'hui une nouvelle contribution à l'étude d'une maladie à laquelle il a déjà consacré des travaux remarquables et devenus classiques.

La plupart des médicaments administrés par le tube digestif produisent des effets variables, selon l'état des voies absorbantes plus

ou moins favorablement disposées. Une grande partie de la substance médicamenteuse est souvent éliminée, et, pour ne parler que du sulfate de quinine, il est certain qu'une portion de cet agent précieux traverse ordinairement le tube digestif sans avoir eu d'autre effet que d'exercer une action irritante [1].

Quand les praticiens ont renoncé à l'administration de ce médicament par l'estomac, ils n'ont pas été plus heureux en le donnant par le rectum. Tous ont remarqué que l'acidité indispensable pour obtenir la solubilité et l'absorption est un inconvénient sérieux ; elle produit une irritation locale, dont le résultat fréquent est l'expulsion prématurée du lavement. En outre, un fait dont il faut tenir compte, c'est que le sufate de quinine absorbé par le rectum est éliminé rapidement, et, alors même que l'absorption a été certaine, le médicament ne donne lieu qu'à des phénomènes physiologiques très-fugaces ; il n'agit que très-peu sur les yeux et sur les oreilles ; l'action est de courte durée ; aussi, lorsque dans la fièvre intermittente on prescrit le sulfate de quinine en lavement, faut-il le donner à une heure plus rapprochée de l'accès que quand on l'introduit par les voies supérieures.

Mais le sulfate de quinine est un de ces médicaments dont l'importance est telle, qu'il ne faut point se laisser rebuter par l'intolérance du tube digestif. Lorsque les deux voies dont nous venons de parler lui ont été en quelque sorte interdites, on n'a pas manqué de lui chercher d'autres modes d'absorption.

Au moyen de frictions, do fomentations, de cataplasmes, on a

---

[1] Un observateur distingué, surtout connu par ses travaux histologiques, M. le docteur Ordoñez, dit avoir fait la remarque suivante, alors qu'il exerçait la médecine à la Nouvelle-Grenade : Le résidu de la digestion des ouvriers indigènes, déposé au voisinage des habitations, est ordinairement dévoré par certains animaux domestiques. Lorsque, comme cela est si fréquent, ces hommes sont atteints de fièvre intermittente, et qu'on leur administre une dose un peu élevée de sulfate de quinine, leurs excréments sont souvent délaissés par les animaux qui en faisaient autrefois leur pâture. Les malades ont eux-mêmes remarqué ce fait, qui les alarme beaucoup ; ils se croient alors empoisonnés, car l'expérience leur a enseigné que quand il en est ainsi, la fièvre est très-réfractaire. Cette persistance de la fièvre tient évidemment au défaut d'absorption du médicament, qui elle-même est la conséquence du mauvais état des voies digestives. Aussi M. Ordoñez a-t-il obtenu de nombreux succès en combattant l'embarras gastrique par un vomitif administré au début du traitement. Ce moyen de préparer les voies absorbantes a une utilité réelle, que la plupart des observateurs ont reconnue.

essayé de faire passer le sulfate de quinine à travers l'épiderme par un contact suffisamment prolongé. Ce procédé a rendu des services, surtout chez les enfants.

Il n'est pas besoin d'insister pour démontrer l'insuffisance de ces moyens; car il est évident qu'à travers l'épiderme, l'absorption du médicament est toujours lente et imparfaite.

M. Briquet, MM. Trousseau et Pidoux ont tenté de faire pénétrer le sulfate de quinine en l'appliquant sur le chorion, préalablement dénudé par un vésicatoire. Cette manière de faire a donné quelques succès; mais par ce moyen le sulfate de quinine ordinaire, employé en nature, a produit des eschares. M. Briquet a dû recourir à une dissolution qui, elle-même, cause encore une irritation trop vive pour qu'il soit facile de l'appliquer plusieurs fois à la surface d'un vésicatoire.

Enfin, alors que toutes les voies d'absorption semblaient épuisées, un sentier nouveau fut ouvert : on créa la méthode hypodermique.

Un médecin de Smyrne, le docteur W. Schachaud, introduisit le sulfate de quinine sous la peau.

J.-W. Moore, comme l'expérimentateur précédent, a employé la même méthode à Bombay. Plusieurs praticiens allemands, entre autres M. Erlenmeyer, ont répété les mêmes tentatives.

Plus récemment, M. Desvignes a communiqué à la *Royal med. chir. Society* de Londres un grand nombre de cas traités favorablement par ce moyen en Toscane.

M. Pihan-Dufeillay, professeur à l'école de médecine de Nantes, a publié de nouvelles observations dans un travail dernièrement inséré dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

Dans tous les fait dont la voie des journaux nous a donné connaissance, les expérimentateurs se sont proposé la guérison d'accidents intermittents.

Nous avons surtout lu avec grand intérêt le mémoire tout récent dans lequel M. Pihan-Dufeillay signale avec un soin tout particulier les avantages de cette méthode.

Tel est, en peu de lignes, l'historique qui a cours aujourd'hui relativement à cette question.

On a laissé tomber dans l'oubli des tentatives qui datent d'une trentaine d'années et, par conséquent, bien antérieures à celles que nous venons d'énumérer.

Dans un livre publié en 1836, nous avons trouvé le passage suivant, que nous reproduisons littéralement :

« M. Fabre-Palaprat a constaté qu'on pouvait faire pénétrer plusieurs substances médicamenteuses dans l'épaisseur des organes, à l'aide d'une aiguille implantée dans les tissus mous ou parenchymateux de l'économie, et communiquant à l'un des pôles d'une pile galvanique en activité, dans l'eau acidulée de laquelle on avait fait dissoudre le médicament à employer. Ce médecin a guéri une fièvre intermittente par la quinine employée de cette manière, et un tic douloureux par la morphine [1]. »

Pour la première fois, nous avons tenté, sous les inspirations de M. Bourdon, d'appliquer les injections sous-cutanées de sulfate de quinine au traitement du rhumatisme articulaire. Les résultats ont été des plus satisfaisants.

Il serait superflu de faire ressortir les avantages de la méthode hypodermique; ils sont aujourd'hui suffisamment connus et appréciés. Cette méthode fournit à la physiologie expérimentale ses résultats les plus précis; elle est utilisée par la médecine légale lorsqu'il s'agit de reconnaître par leurs effets physiologiques certaines substances dont on ne possède qu'une faible quantité, et dont il faut obtenir l'absorption rapide et complète.

Pourquoi donc la thérapeutique usuelle viserait-elle moins à la sûreté et à l'exactitude que la médecine légale et la physiologie ? Nous croyons, avec M. Claude Bernard, que la thérapeutiqne doit désormais tirer un grand parti des injections sous-cutanées; mais il faut pour cela que leur mode d'emploi repose sur des règles fixes et bien établies.

Des études sérieuses faites sur les narcotiques ont donné des résultats rigoureux, et si, sur ce point spécial, il reste encore à éclaircir quelques questions de détail, il n'en est pas moins vrai que le côté essentiellement pratique est à peu près jugé.

Nous avons essayé, par le même moyen, l'emploi du sulfate de quinine, spécialement dans le rhumatisme articulaire. Nous n'hésitons pas à publier nos résultats, afin que, joints à ceux d'autres expérimentateurs, ils puissent servir à fixer, pour l'administration sous-cutanée du sulfate de quinine, des règles non moins précises que celles qu'on a établies pour les narcotiques.

Dans les cas sur lesquels a porté notre recherche, c'était presque

---

[1] *Manuel de matière médicale*, H. Milne-Edwards et P. Vavasseur, 4e édit.

toujours le rhumatisme articulaire qu'il s'agissait de combattre. Plusieurs fois le médicament a été administré d'emblée par la méthode hypodermique; le plus souvent nous n'avons eu recours à ce moyen que par suite de l'intolérance des malades auxquels on avait tenté de faire absorber le sulfate de quinine d'abord par l'estomac, puis par le rectum.

Hâtons-nous de dire que, au point de vue essentiellement pratique, la méthode dont il est ici question ne doit être employée que dans les cas où le tube digestif est altéré ou réfractaire, ainsi que dans ceux où l'état du malade exige que le médicament produise des effets rapides.

Il n'est pas douteux que ce moyen fournisse d'excellents résultats dans la fièvre intermittente pernicieuse, par exemple, alors qu'il est si important d'intervenir d'une manière prompte et certaine. Souvent, en effet, dans la fièvre pernicieuse, l'estomac rejette le sulfate de quinine, et même, dans les cas où il le conserve, un accès mortel survient quelquefois avant que l'absorption soit suffisante.

Nous n'avons pas procédé dans nos recherches comme s'il s'agissait d'un médicament nouveau. Le sulfate de quinine est un des agents les mieux étudiés de la thérapeutique; il est, en outre, un de ceux qui donnent lieu aux phénomènes physiologiqnes les mieux caractérisés et les plus précis.

Notre but n'est pas non plus de préconiser la méthode hypodermique, à laquelle des travaux importants ont déjà donné droit de domicile dans la science.

La question que nous essayons de résoudre se réduit à ces termes fort simples :

1° Dans certains cas où l'absorption digestive du sulfate de quinine est insuffisante ou peut produire des accidents, est-il possible d'administrer sans inconvénient cette substance par la méthode hypodermique ?

2° Quelle est la relation à établir entre les doses usuellement employées à l'intérieur et celles qu'on doit injecter sous la peau pour obtenir des phénomènes physiologiques à peu près identiques?

Pour la première de ces propositions, nous serons complétement d'accord avec les praticiens qui ont déjà employé le même procédé.

Ce n'est pas tout à fait impunément qu'on introduit dans le tissu cellulaire une solution rendue acide pour augmenter la solubilité du médicament. Mais les inconvénients qui ont été constatés sont si

minimes, qu'ils ne sauraient faire délaisser la méthode. Nos observations démontrent en effet que, malgré les doses relativement énormes que nous avons employées, les troubles locaux sont rares et sans gravité. Il faut néanmoins en tenir compte; nous avons fait quelques tentatives pour les éviter, et certainement ils deviendront encore plus exceptionnels.

Quant à la question des doses, nos résultats présentent quelques divergences avec ceux des autres expérimentateurs. Ce désaccord tient à ce que notre préoccupation n'a pas été de chercher le moyen de guérir une maladie par le sulfate de quinine; cela est trouvé depuis longtemps, et si nous avions fait nos recherches dans ce sens, nous ne serions arrivé au résultat que par une série de tâtonnements. Nous avons été droit au but, nous appliquant à obtenir des effets physiologiques certains, identiques à ceux que tous les praticiens ont constatés en administrant le sulfate de quinine à la dose de 1/2 gramme à 2 grammes dans les vingt-quatre heures.

Après avoir tenté de résoudre les deux propositions précédemment énoncées, nous avons complété notre étude par quelques recherches sur l'absorption et l'élimination.

Le sulfate de quinine bibasique, étant très-peu soluble, ne pouvait être employé par notre procédé. Quand on l'administre en potion dans une quantité de véhicule infiniment supérieure à celle qu'on peut injecter, il est simplement délayé, mais il n'est pas dissous.

Nous avons eu recours au sulfate neutre qui se forme lorsqu'on traite le sulfate bibasique par un léger excès d'acide. Pour favoriser la dissolution du sulfate de quinine ordinaire, nous avons donc d'abord employé l'acide sulfurique, sans méconnaître les inconvénients que peut avoir cet acide dont l'action irritante est fâcheuse pour l'absorption. Aussi faut-il ne pas dépasser sensiblement la dose d'acide indispensable pour transformer le sulfate bibasique en sulfate neutre.

Pour éviter la confusion, rappelons que le sulfate de quinine que nous considérons comme neutre, pour nous conformer à la nomenclature actuelle, était autrefois regardé comme acide ou bisulfate à cause de sa réaction. Aujourd'hui qu'on tient un moindre compte de cette réaction, le sel n'est plus classé que d'après le nombre d'équivalents d'acide et de base qu'il renferme. Or, il est reconnu que le sulfate de quinine usuellement employé est bibasique, tandis que l'autre, celui qui sert aux injections, est composé d'un équivalent de base et d'un équivalent d'acide.

La première solution que nous avons employée avait la composition suivante :

Eau distillée..............................	10 grammes.
Sulfate de quinine bibasique................	1 gramme.
Acide sulfurique...........................	3 à 5 gouttes.

Dans ses recherches, M. Pihan-Dufeillay, pour obtenir la dissolution, a employé l'eau de Rabel. Cette manière de procéder a des inconvénients qui ne sont nullement compensés, et qu'il est facile d'éviter.

La solution faite avec l'alcool sulfurique contient autant d'acide sulfurique que nos solutions les plus chargées d'acide; en outre, elle renferme une assez grande quantité d'alcool dont la présence est inutile et peut avoir des inconvénients, ainsi que M. Pihan-Dufeillay lui-même le reconnaît en observateur très-consciencieux.

Notre solution est donc préférable, car si nous avions employé l'eau de Rabel, nous n'aurions certainement pas fait avec la même impunité des injections contenant chacune 40 centigrammes de substance active.

Le sulfate bibasique n'avait pas toujours la même composition, puisque quelquefois il a fallu cinq gouttes d'acide pour obtenir le degré de solubilité qui était produit le plus souvent par l'addition de trois gouttes.

Quoi qu'il en soit, l'action un peu trop énergique de l'acide sulfurique, la difficulté de le manier, le danger qui aurait pu résulter d'un dosage un peu moins rigoureux, nous ont engagé à tenter l'emploi d'un autre acide, et nous avons eu recours en second lieu à l'acide tartrique.

M. Claude Bernard nous a engagé à faire cette substitution, parce que, dans ses innombrables expériences, cet éminent physiologiste a toujours constaté que les acides végétaux sont mieux tolérés par l'organisme que les acides minéraux.

Voici la formule à laquelle nous donnons actuellement la préférence :

Eau distillée..............................	10 grammes.
Sulfate de quinine bibasique................	1 gramme.
Acide tartrique............................	50 centigr.

L'instrument dont nous nous servons est bien connu ; c'est tout simplement la petite seringue en verre graduée, s'adaptant à une aiguille perforée.

Nous avons varié sans inconvénient le siége des injections. Les

piqûres ont été le plus souvent pratiquées sur les parties latérales de la colonne vertébrale, quelquefois sur les cuisses et sur les bras.

Pendant les premiers mois de cette année, de nombreux rhumatisants ont été traités dans les hôpitaux de Paris. Il résulte des rapports officiels sur les maladies régnantes que le rhumatisme a revêtu durant cette période une ténacité exceptionnelle (1).

Nous ne discuterons pas l'utilité du sulfate de quinine dans le rhumatisme; cela nous éloignerait trop de notre but, qui est tout simplement d'étudier l'emploi du médicament par un nouveau procédé.

Les effets salutaires du sulfate de quinine sont presque universellement admis depuis que les belles expériences de M. Briquet ont rénové ce moyen précieux tombé en désuétude.

Nous avons observé que dans les cas où le médicament a été administré sous la peau, la guérison a été au moins aussi prompte que dans ceux où il était donné parallèlement, par les moyens ordinaires. Et cependant il est à noter en faveur des injections que presque tous les malades soumis à leur emploi étaient dans les plus mauvaises conditions : tous ont présenté des troubles du tube digestif que l'administration du sulfate de quinine par la bouche aurait augmentés ; plusieurs avaient des phénomènes d'intolérance et vomissaient le médicament ; quelques-uns ont eu des complications rhumatismales de la plus haute gravité.

Nous allons exposer sommairement les principaux faits que nous avons recueillis. Il est inutile de rapporter ici l'histoire complète de chaque malade telle qu'elle a été prise avec ses moindres particularités. Le résumé de nos observations ne doit comprendre que ce qui a rapport à l'administration du sulfate de quinine.

Obs. I. Alexis H***, âgé de quarante-deux ans, gardien au musée du Louvre, entre le 22 mars à la Maison municipale de santé.

Ce malade est pâle, blond, assez maigre ; il est souvent exposé aux courants d'air. Il n'a jamais eu d'accidents antérieurs.

Le rhumatisme a débuté il y a douze jours par une courbature accompagnée de fièvre.

Les douleurs ont commencé par les articulations tibio-tarsiennes ; puis elles ont progressivement envahi les genoux et les articulations coxo-fémorales ; enfin les jointures des membres supérieurs sont aussi devenues douloureuses.

Le jour de l'entrée, toutes les articulations sont prises ; celles du

(1) Société médicale des hôpitaux, rapport de M. Gallard, 10 mai 1865.

côté gauche sont le siége de souffrances plus vives, et plusieurs présentent un peu d'épanchement.

Le malade n'a aucune dyspnée ; il n'y a pas d'exagération de la matité précordiale. L'auscultation indique un léger souffle au premier temps. Pouls à 88.

Le 23 mars, 0gr,25 de sulfate de quinine en deux injections.

Le 24, même traitement ; aucune variation.

La dose est progressivement augmentée. Le 27, elle est portée à 0gr,40 sans que nous obtenions d'amélioration notable.

Le 28 mars, 0gr,60 en trois injections, à la suite desquelles le malade a des bourdonnements d'oreilles. Les articulations des membres inférieurs et le poignet droit sont beaucoup moins douloureux. Le poignet gauche, au contraire, est le siége de vives souffrances. Pouls à 84.

Le 29 mars, même chiffre du pouls. 0gr,78 en trois injections. Les bourdonnements d'oreilles sont plus forts, surtout pendant la nuit.

Le 30 mars. Pouls à 84. Même état. 0gr,90 de sulfate de quinine en trois injections.

Le 31, pouls à 68 : surdité ; légère ivresse quinique. Amélioration des deux bras ; le malade n'a plus que des roideurs articulaires, sans douleurs. Même dose du médicament.

1er avril, pouls à 64. L'amélioration ne se dément pas. Trois injections de chacune 0gr, 25.

Chaque jour la dose est diminuée. Une dernière injection de 0gr,30 est pratiquée le 7 avril.

Il est très-important de ne jamais cesser brusquement l'emploi du sulfate de quinine. M. Bourdon a toujours obtenu de très-bons résultats en diminuant graduellement les doses.

Notre malade a été si bien maintenu sous l'influence du médicament, que les douleurs n'ont point reparu.

Le pouls ne s'est jamais relevé ; au contraire, il a continué à baisser (7 avril, 52 pulsations).

Aussitôt après la suspension du sulfate de quinine, le malade est mis à l'usage du vin de quinquina. Comme les voies digestives sont intactes, l'appétit est bon, et la convalescence marche avec rapidité.

Obs. II. Mlle Rosalie L***, âgée de cinquante-six ans, entre le 9 février 1856 à la Maison de santé, pour un rhumatisme subaigu.

La malade n'a pas eu d'attaque antérieure ; l'hérédité ne paraît pas en cause.

Les accidents ont débuté sous l'influence du froid humide, cinq jours avant l'entrée.

Les douleurs ont commencé par le petit doigt de la main droite; puis elles ont envahi les articulations du pied droit, les muscles des jambes, les genoux, la main gauche et le poignet droit.

C'est la main droite qui est surtout le siége de vives douleurs.

Le traitement est commencé par un purgatif, pour préparer les voies digestives à l'absorption. Le médicament est administré par la bouche pendant plus de trois semaines; puis il est supprimé, parce que la malade est prise de gastralgie et d'envies de vomir fréquentes. Ensuite la morphine est essayée sans résultat avantageux. M. Bourdon a de nouveau recours au sulfate de quinine en lavements, que la malade ne conserve pas, malgré le soin apporté au fractionnement des doses. Les lavements sont supprimés au bout de trois jours.

Les injections sont commencées le 27 mars; la malade souffrait encore dans les articulations des poignets et dans la scapulo-humérale droite.

La fièvre n'a jamais été très-marquée.

Le premier jour, nous pratiquons une injection de 0gr,30, et pendant les quatre jours suivants deux injections quotidiennes, en augmentant chaque jour de 0gr,10.

La malade reçoit donc, le 31 mars, 0gr,70 de sulfate de quinine. Les phénomènes physiologiques sont bien caractérisés, et les articulations ne sont plus douloureuses, mais seulement engourdies. Il faut imprimer des mouvements communiqués très-étendus pour réveiller un peu de sensibilité.

La dose est diminuée, et, le 3 avril, la dernière injection est faite avec 0gr,30. La guérison persiste, sans aucun nouvel accident.

Obs. III. Mlle G***, âgée de vingt-trois ans, entre, le 4 avril, à la maison de santé. Cette jeune fille, habituellement bien portante, ne présente aucun attribut constitutionnel indiquant la prédisposition au rhumatisme. Il n'y a pas non plus de cause héréditaire apparente.

Il est à noter que notre malade a dernièrement habité un climat chaud, ce qui a probablement exalté sa sensibilité aux variations de température.

Les accidents ont commencé, il y a dix jours, par les genoux; puis les douleurs ont progressivement atteint les articulations tibio-tarsiennes, coxo-fémorales, et enfin celles des membres supérieurs.

La malade éprouve un peu de dyspnée. Le seul signe morbide

fourni par l'auscultation est un bruit de souffle assez doux au premier temps du cœur. Ce souffle existe aussi dans les vaisseaux. Mlle G*** est chloro-anémique ; elle a souvent de la gastralgie.

Le pouls donne 96 pulsations par minute ; la langue est blanche, l'appétit nul.

Les symptômes d'embarras gastrique sont très-accentués. Il est certain que, dans ces conditions, le sulfate de quinine serait incomplétement absorbé et mal supporté par les voies digestives.

La dyspnée, plus que le souffle cardiaque, fait supposer une légère endocardite.

Le 5 avril. Huile de ricin, 30 grammes ; application d'un vésicatoire volant sur la région précordiale. Le soir, 0gr,40 de sulfate de quinine en deux injections à trois heures d'intervalle.

Le 6. Pouls à 76. L'oppression est moindre. Les douleurs articulaires persistent.

Le 7. Aucun changement du côté des articulations ; le pouls atteint de nouveau 96 pulsations par minute ; 0gr,60 de sulfate de quinine en deux injections, à la suite desquelles le pouls descend à 84.

Le lendemain, le pouls ne s'est pas relevé ; la dose est augmentée de 0gr,10. Dans la journée, la main gauche devient tout à fait libre.

Le 9 avril. Mêmes symptômes. Première injection de 0gr,35 à neuf heures du matin. Sifflement dans les oreilles après midi. Les articulations des poignets sont à peine sensibles dans les mouvements étendus ; celles des membres inférieurs sont moins douloureuses. Le soir, à cinq heures, puis à dix heures, injections de 0gr,30 chacune. Bourdonnement d'oreilles intenses vers deux heures du matin.

Le 10 et le 11 avril. La dose est augmentée chaque jour de 0gr,05.

Le 12. Pouls à 84 ; le coude et l'épaule gauches restent douloureux. La malade a encore dans les autres articulations quelques douleurs vagues ; trois injections de chacune 0gr,40.

Le 13 avril. Les douleurs du bras gauche ont diminué ; les douleurs générales ont complétement perdu leur acuïté. Même dose.

Le 14. Pouls à 80 ; les douleurs ont disparu. La malade est encore soumise à l'influence de 1gr,20 de sulfate de quinine en trois doses.

Le 15. Le pouls est tombé à 72 ; deux injections de 0gr,40 chacune.

La dose est graduellement diminuée; la dernière injection, contenant 0gr,30, est faite le 18 au matin.

La convalescence est rapide.

Malgré le grand nombre des injections et le chiffre élevé des doses, la malade n'a éprouvé aucun accident fâcheux. Une des injections faites sur la cuisse droite a déterminé une petite escharre circulaire d'environ 1/2 centimètre de diamètre.

Obs. IV. Mme Anaïs L***, femme de chambre, âgée de trente ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, entre le 6 avril à la Maison municipale.

La malade a déjà eu des accidents de même nature il y a huit ans; elle nous affirme qu'à cette époque elle a gardé le lit pendant six mois pour des douleurs articulaires violentes. Aucun détail ne peut nous être transmis sur le traitement qui fut alors institué.

Depuis ce temps, Mme L*** a conservé une légère dyspnée et une toux assez fréquente. En outre, elle a souvent de l'œdème aux extrémités inférieures.

L'hérédité paraît jouer ici un grand rôle. La mère de notre malade a de la dypsnée intense, avec palpitations cardiaques et œdème des jambes ; le tout consécutif à des attaques nombreuses et violentes de rhumatisme.

Les accidents actuels ont débuté le 2 avril, au soir, par des douleurs dans la jambe gauche. Le lendemain, toutes les articulations des membres étaient envahies; la malade n'a pu se lever, et elle a été traitée par des frictions et des pilules calmantes jusqu'au 6 avril, jour de son entrée dans le service de M. Bourdon.

Au premier examen de la malade, nous trouvons toutes les articulations des membres douloureuses, 100 pulsations du pouls par minute, et un bruit de souffle un peu rude au premier temps du cœur, sans exagération de la matité précordiale. La langue est très-chargée, l'embarras gastrique est très-prononcé; de plus, la malade est chloro-anémique et souvent elle a de la gastralgie.

Les injections sont commencées le 7 avril, à la dose de 0gr,40 par jour; la fièvre et les douleurs persistent pendant cinq jours; pendant le même temps, la dose de sulfate de quinine est graduellement augmentée.

Le 12 avril. Cette dose, portée à son maximum, est de 1gr,20 en trois injections; alors, seulement, le pouls tombe de 104 à 84, et cette chute est suivie d'une diminution très-notable des douleurs.

L'amélioration coïncide avec une abondante éruption de milliaire

rouge et avec des phénomènes physiologiques des plus accentués, tels que surdité, troubles de la vue, pesanteurs de tête.

La malade est maintenue pendant trois jours sous l'influence du médicament à la même dose.

Le 15 avril. Les douleurs n'existent plus; il ne reste que de la roideur articulaire; le pouls est à 76; la dose est diminuée : 0gr,80 en deux injections.

Le médicament est administré à doses décroissantes pendant trois jours. Une dernière injection de 30 centigrammes est faite le 18 avril au matin.

Les douleurs n'ont pas reparu; la convalescence marche rapidement.

Il est à noter que, pendant cinq jours, la malade a été soumise à des injections contenant cinq gouttes d'acide sulfurique pour 10 grammes d'eau. Nous avons introduit jusqu'à soixante-dix gouttes de cette solution par une seule piqûre, et cela trois fois, dans la journée du 11 avril. Cette solution, trop acide, a produit deux petites eschares superficielles; la plus grande, de forme irrégulière, avait à peine 1 centimètre dans sa plus grande dimension.

Dès le lendemain, nous avons employé une solution moins acide, qui n'a pas eu le même inconvénient. Avec le nouveau liquide, ne contenant que trois gouttes d'acide, nous avons pu continuer le traitement et même augmenter la dose sans déterminer le moindre accident.

Obs. V. Mme B***, cuisinière, âgée de trente-cinq ans, entre le 6 avril à la Maison de santé.

Elle nous raconte qu'il y a six semaines, après un refroidissement, elle a été saisie de frisson fébrile et d'une transpiration abondante.

Aussitôt, le membre abdominal gauche est devenu le siége de douleurs vives, qui ont fini par se localiser aux articulations coxo-fémorale et fémoro-tibiale, d'un seul côté.

Le traitement a été commencé presque au début; il a été presque exclusivement topique et chirurgical.

On a employé les vésicatoires, les ventouses et même la cautérisation transcurrente.

A son entrée, la malade paraît très-affaiblie; sa santé habituelle n'est pas robuste, et depuis six semaines les souffrances et l'insomnie l'ont beaucoup fatiguée.

L'articulation coxo-fémorale est très-douloureuse, celle du genou l'est un peu moins, et elle renferme un épanchement notable.

Lorsque les souffrances sont vives, nous pratiquons des injections morphinées.

Le sulfate de quinine est administré à haute dose par la bouche.

Le 22 avril. La malade a de la gastralgie, alors le médicament est introduit sous la peau.

La potion contenant 2 grammes de sulfate de quinine est remplacée par deux injections quotidiennes de chacune 0gr,45.

Malgré ces doses élevées, la malade n'a eu qu'une seule fois des bourdonnements d'oreilles bien caractérisés.

L'action sur le pouls a été manifeste, et les douleurs ont diminué d'intensité.

Mme B*** est sortie le 25 avril, non guérie, mais en voie d'amélioration.

Obs. VI. Mlle Rose F***, domestique, âgée de trente-six ans, entre le 27 avril à la Maison municipale, pour un rhumatisme des plus intenses.

La malade n'a jamais eu d'accidents antérieurs; le début date d'environ une semaine; les douleurs articulaires sont générales; le péricarde est le siége d'un épanchement d'une abondance moyenne; la dyspnée est très-marquée; il n'y a encore aucune complication du côté des plèvres. Pouls à 92, face injectée, délire calme presque continuel.

Le jour même de l'entrée, injection de 0gr,30, six ventouses scarifiées dans la région précordiale.

Le lendemain, le pouls a baissé de 8 pulsations; aucune autre variation ne s'est produite; la malade n'a pas eu de troubles de la vue ni de l'ouïe. Injection de 0gr,40 en deux fois, nouvelle application de ventouses. Légers bruissements dans les oreilles.

Le 29 avril. Pouls à 76. Les phénomènes cérébraux sont modifiés; ils ressemblent plus à une légère ivresse quinique qu'au délire du premier jour. La matité précordiale est moindre; les douleurs des membres inférieurs diminuent. — Deux injections de chacune 0gr,25.

Le 30. Même état. — Deux injections de chacune 0gr,30.

Le 1er mai. Les douleurs ont diminué au bras gauche, elles sont devenues plus fortes au bras droit. La matité précordiale a diminué à la base; à la pointe, on perçoit un bruit de frottement péricardique; les bruits circulatoires paraissent encore éloignés. La dyspnée persiste. Pouls à 76. Délire calme. Epanchement pleurétique à gauche. Vésicatoire. 0gr,70 en deux injections.

Le 2. Pouls à 76, dyspnée un peu moindre, six inspirations de

moins par minute. Le délire a disparu. Deux injections de chacune 0gr,40.

Le 3. La main droite seule reste le siége de vives douleurs. Même dose.

Le 4. La péricardite paraît céder: la matité est peu exagérée, les bruits du cœur sont plus distincts. La plèvre gauche contient toujours du liquide; on constate de plus un épanchement tout récent dans la plèvre droite. Vésicatoire. Sulfate de quinine 0gr,80.

Les douleurs cèdent, les épanchements diminuent; la dose est graduellement restreinte pendant quatre jours.

Le 8. Une seule injection de 0gr,20.

La diminution de la dose ayant été un peu prématurée, le pouls augmente de huit pulsations, et les articulation du membre inférieur gauche redeviennent douloureuses.

La dose est augmentée de nouveau. Rien d'important ne se produit pendant cinq jours. Les épanchements pleurétiques diminuent.

Le 14 au matin. La malade est prise de violentes douleurs dans la région cervicale postérieure. Injection de 0gr,04 de chlorhydrate de morphine et de 0gr,25 de sulfate de quinine. La malade est observée avec soin: elle est atteinte de nausées, de somnolence, de trouble léger dans les idées. Le pouls s'accélère.

Au bout de trois quarts d'heure, tout disparaît; les douleurs n'existent plus, le pouls est calme et même il donne huit pulsations de moins qu'avant l'injection.

Le soir, calme complet

Pendant les quatre jours suivants, la malade a encore quelques douleurs vagues coïncidant avec les variations atmosphériques auxquelles cette femme est très-sensible.

La dernière injection est faite le 18 mai.

La convalescence a marché avec une rapidité merveilleuse.

Mlle F*** a eu, à la partie externe de la cuisse droite, deux petits abcès produits par les injections. Nous avons ouvert avec la lancette ces deux petites collections purulentes, dont la plus volumineuse avait les dimensions d'une noisette. Ce petit inconvénient n'a nullement chagriné la malade qui, jusqu'à la fin, a désiré la continuation du traitement par le même procédé.

Ce fait, intéressant à plusieurs titres, prouve en outre le bon parti qu'on peut tirer de la morphine associée au sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme.

Obs. VII. Mme T***, lingère, âgée de cinquante-huit ans, entre le 23 mai à la Maison de santé, pour un rhumatisme articulaire subaigu généralisé.

La malade est d'abord traitée par le sulfate de quinine administré par la bouche.

Sous l'influence de ce médicament, une amélioration considérable est obtenue ; mais le 5 juin les signes d'intolérance surviennent du côté de l'estomac ; la malade vomit plusieurs fois, et la région épigastrique devient douloureuse.

Le 6 juin. La dose de 1gr,50, qui était prise par la bouche, est remplacée par deux injections de chacune 0gr,40 de sulfate de quinine.

Avec cette dose, la malade est maintenue calme, les douleurs restent très-modérées, les phénomènes physiologiques continuent à se produire, le pouls ne se relève pas, les vomissements disparaissent.

La même dose est continuée pendant cinq jours.

Le 11 juin, nous commençons à diminuer d'une façon graduelle, et enfin le 15, pour la dernière fois, nous pratiquons deux injections de 0gr,15.

Puis la malade commence à prendre du vin de quinquina, et comme la gastralgie a disparu, il est possible d'instituer un régime alimentaire réparateur.

Le même mode de traitement a été employé chaque fois qu'il nous a paru sérieusement indiqué. Les effets ont toujours été excellents. Une solution moins irritante a fait disparaître les petits inconvénients que nous avons signalés. Nos malades ont cessé d'avoir dans le tissu cellulaire de légères indurations du volume d'un petit pois, qui ont persisté longtemps, à la suite de nos premières tentatives.

Il est inutile de multiplier ici le nombre des observations ; celles que nous pourrions ajouter aux précédentes ne font que confirmer les avantages de la méthode.

Les rhumatisants ne sont pas les seuls malades qui aient éprouvé les bénéfices de cette médication. Le même procédé nous a donné des résultats favorables chez des malades gastralgiques atteints d'accidents fébriles ou nerveux périodiques. Il a même réussi dans la fièvre symptomatique de tubercules pulmonaires. Par exemple, une jeune fille convalescente de varioloïde avait tous les soirs un accès de fièvre lié à l'existence de tubercules non encore ramollis. Cette malade était atteinte d'une phthisie acquise, développée len-

tement à la suite d'une chloro-anémie prolongée. Chaque fois que le sulfate de quinine a été injecté, la fièvre a disparu. Ce n'était là qu'un faible palliatif; mais la malade croyait si bien à son utilité, qu'elle réclamait son injection, alors que nous étions peu disposé à insister sur l'emploi du médicament.

Lorsque le sulfate de quinine a été donné après le début du mouvement fébrile, la chute du pouls s'est produite avec une certaine régularité trois quarts d'heure après l'injection. Ainsi que l'expérience nous l'a démontré, c'est en effet le temps nécessaire pour que le médicament soit introduit en quantité suffisante dans le torrent circulatoire.

Cette introduction n'est pas douteuse, puisque toujours au bout de trois quarts d'heure le rein élimine une proportion très-notable du médicament.

Pour compléter notre étude, il était important de rechercher quelle est la rapidité de l'absorption du sulfate de quinine introduit sous la peau.

Voici les résultats obtenus avec des doses suffisantes pour produire avec certitude des effets physiologiques :

L'absorption et l'élimination se font toujours avec une régularité jusqu'alors exceptionnelle en thérapeutique. Cependant, malgré le haut degré de précision de la méthode, il est difficile d'obtenir des effets d'une rigueur mathématique. En médecine, tout en visant à l'exactitude absolue, il faut reconnaître que la précision a des limites parfaitement compatibles avec une étude sérieuse. Les variations que nous avons observées portent sur des fractions chronométriques si minimes, qu'il est possible de les négliger. Sans leur attacher une importance exagérée, nous avons cru devoir signaler ces variations; elles existent non-seulement chez des individus différents, mais de plus nous les avons constatées sur le même sujet. Elles prouvent que, dans la méthode hypodermique, les influences qui agissent sur l'absorption sont moins puissantes et moins nombreuses, mais ne sont pas complétement anéanties.

La méthode nouvelle ne saurait annihiler certaines conditions individuelles durables ou momentanées qui influent sur la réceptivité du malade. Nous ne voulons pas insister sur ce point encore très-obscur et difficile à élucider.

Nous avons étudié une influence plus facile à déterminer et peut-être aussi plus importante : celle qui résulte du chiffre de la dose administrée. Pour agir contre le rhumatisme, nous avons dû employer des doses élevées ; on obtiendrait certainement de bons ré-

sultats dans la fièvre intermittente avec des doses un peu moindres. Cependant, tout en reconnaissant la possibilité d'employer des chiffres inférieurs, nous sommes convaincu que, pour agir avec sûreté dans tous les cas, il est nécessaire de donner des doses plus élevées que celles jusqu'alors indiquées par les observateurs.

L'injection d'une forte dose a un double avantage : d'abord les effets physiologiques et thérapeutiques sont précis; en outre l'absorption est plus prompte, l'économie est plus tôt saturée. Sur plusieurs malades, en injectant 40 centigrammes en une seule fois, nous avons pu obtenir souvent la chute du pouls au bout de trois quarts d'heure et l'apparition du sulfate de quinine dans les urines en moins de trente minutes.

En diminuant la dose, les effets sont moins prompts et l'élimination est plus tardive : avec une dose de 20 centigrammes, il faut quelquefois attendre une heure et demie pour constater l'élimination.

Ces remarques ont leur importance, surtout quand on veut combattre des accidents périodiques. Dans le rhumatisme, on peut fractionner les doses avec avantage et ne donner à la fois qu'une faible quantité de médicament; les petites doses sont généralement mieux supportées et, pourvu que dans les vingt-quatre heures un chiffre suffisant ait été atteint, le résultat n'est que plus favorable. Dans la fièvre pernicieuse au contraire, lorsqu'on arrive près d'un malade sous l'imminence d'un accès, il faut agir vite et sûrement. Il est alors nécessaire d'administrer d'emblée 40 centigrammes de sulfate de quinine par une seule piqûre. En procédant ainsi, l'on aurait des chances sérieuses d'agir efficacement, ne serait-on mandé qu'une heure ou trois quarts d'heure avant l'apparition probable de l'accès.

Il ne faut pas craindre de s'élever au chiffre que nous venons d'indiquer, car souvent nous l'avons dépassé sans aucun inconvénient dans des cas où la rapidité d'action n'était pas la première condition à remplir.

Dans le rhumatisme, il y aurait avantage à fractionner les doses; si nous ne l'avons point fait, c'est à cause de la difficulté de voir un malade plus de deux ou trois fois par jour; il y a là un obstacle matériel qui rend le procédé peu applicable, aussi ne doit-on l'employer que dans les cas spéciaux.

L'action sur les oreilles et sur les yeux est plus tardive que les effets produits sur le pouls.

Les bourdonnements d'oreilles et les troubles de la vue n'appa-

raissent d'une façon précise qu'au bout de deux heures et demie; leur durée est variable; ils peuvent se reproduire par intervalles, deux ou trois fois dans la journée.

La durée de l'élimination, pour une dose de 40 centigrammes est généralement de vingt-quatre heures. Avec la même dose, l'élimination commence à être appréciable une demi-heure après l'injection. Plusieurs fois nous avons constaté un commencement d'élimination au bout de vingt à vingt-cinq minutes.

L'élimination d'une dose de 20 centigrammes paraît souvent terminée en neuf heures.

Nous avons déjà dit qu'avec cette dose, il fallait quelquefois attendre une heure et demie pour trouver le médicament dans les urines.

Lorsque le malade a encore quelques traces très-légères de sulfate de quinine dans ses urines, après une nouvelle injection on obtient rapidement un précipité assez abondant. Il semble que quand une première saturation a déjà eu lieu et que le rein élimine encore le médicament, la nouvelle dose apparaisse plus vite dans les urines, puisqu'une seconde injection renforce très-rapidement le précipité fourni par le réactif.

Cela pourrait bien tenir aussi à ce que les réactifs, malgré leur précision, n'ont qu'une sensibilité limitée (ceux que nous avons employés révèlent la présence de deux millièmes de quinine); ils ne décèlent peut-être pas les premières traces qui apparaissent dans les urines. Il ne serait pas étonnant que ces traces devinssent perceptibles en s'additionnant à celles que le rein élimine encore.

Des recherches que nous venons d'exposer, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Dans le rhumatisme articulaire, aussi bien que dans les autres maladies où son efficacité est reconnue, le sulfate de quinine peut être administré par la méthode hypodermique sans inconvénient sérieux et avec des avantages qu'il est facile d'apprécier.

2° Les expérimentateurs qui ont jusqu'alors employé ce médicament par les injections sous-cutanées, nous semblent avoir usé de doses insuffisantes, ce qui explique l'absence de phénomènes physiologiques dans les observations qui ont été relatées avec détails.

3° Il faut introduire sous la peau une dose supérieure à la moitié et presque égale aux deux tiers de celle qu'on introduirait par la bouche pour obtenir des effets à peu près identiques [1].

---

[1] Si, relativement aux doses, l'auteur de cet article n'est pas arrivé aux mêmes résultats que M. Pihan-Dufeillay, c'est que, cherchant toujours l'effet

4° L'absorption est plus rapide et l'élimination plus prolongée lorsqu'on emploie une dose élevée.

5° Enfin les plus grands avantages de la méthode hypodermique ainsi appliquée sont : 1° la rapidité et la sûreté d'action ; 2° l'immunité que conservent les voies digestives. Ce dernier résultat est précieux; car l'intégrité de l'estomac permet d'alimenter les malades de bonne heure et d'abréger la convalescence.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur le manuel opératoire de la thoracentèse [1].

Par M. le docteur Barth, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

Je viens m'occuper spécialement du manuel opératoire de la thoracentèse en insistant sur les moyens d'éviter l'introduction de l'air dans la poitrine, et je me propose de démontrer qu'il y a des moyens très-simples d'empêcher cette pénétration, non-seulement pendant l'évacuation du liquide épanché (les moyens généralement connus suffisent), mais encore lorsqu'on veut pousser des injections dans la poitrine, et même, jusqu'à un certain point, en opérant l'écoulement continu et les injections journalières au moyen d'un tube laissé à demeure.

En supposant l'opération devenue nécessaire, soit parce que le traitement médical, suffisamment énergique et prolongé, reste sans succès, soit que l'épanchement menace la vie par son abondance ou par l'altération du liquide, *où faut-il la pratiquer?* — Il serait assurément à désirer qu'elle fût faite à la partie la plus déclive de la plèvre; mais cela n'est pas sans danger et cela n'est, d'ailleurs, pas absolument nécessaire; en effet, est-il bien vrai (comme M. Briquet en a émis la pensée) que le liquide situé au-dessous de l'ouverture ne sort pas ? — Les choses ne se passent pas ici comme dans un vase à parois rigides et ne contenant que de l'eau. L'expansion des poumons, le resserrement des côtes dans l'expiration, le

---

physiologique, il a envisagé un but différent. Or, nous ferons remarquer qu'il n'est pas absolument nécessaire qu'un médicament produise ses effets physiologiques pour donner les effets thérapeutiques demandés.

(*Note de la Rédaction.*)

[1] Extrait d'un discours prononcé à l'Académie de médecine le 25 juillet 1865.

soulèvement du diaphragme, aident à la sortie du liquide contenu dans la cavité pleurale. J'ai pu m'en assurer par l'expérience suivante, qui remonte à l'année 1853 :

Sur un homme de vingt-six ans, à qui j'avais déjà fait quatre ponctions, dont la première fournit 5 litres 1/2 de sérosité un peu louche, et la quatrième plus de 3 litres 1/2 de pus fétide, je dus laisser, à la cinquième ponction, une sonde en gomme élastique à demeure; cette sonde plongeant par un bout dans la partie la plus déclive de la plèvre, était relevée par l'autre bout, auquel j'ajustai un long tube de verre, et je pus constater que la colonne de liquide s'abaissait, dans l'inspiration, et s'élevait, dans l'expiration, d'autant plus haut que le malade faisait un effort plus considérable.

Le décubitus peut encore favoriser l'écoulement du liquide lorsque la ponction n'est pas faite dans le point le plus déclive.

Il y a, d'ailleurs, danger de pénétrer trop bas, surtout à droite, où la matité hépatique peut en imposer pour une matité due à l'épanchement et donner lieu à la blessure du foie, comme cela est malheureusement arrivé plusieurs fois déjà. Puis, s'il y a des adhérences entre la base du poumon et la plèvre diaphragmatique, le foie peut faire saillie du côté de la poitrine et être touché par le trocart. D'autres fois encore, le diaphragme est abaissé au-dessous du niveau de ses attaches sur les côtes (j'ai vu un cas où il faisait à l'épigastre une saillie fluctuante) et, dans ce cas, si l'on faisait la ponction dans le lieu le plus déclive de l'épanchement, on pourrait pénétrer dans la plèvre à travers le péritoine. Pour obvier à cet inconvénient, on a proposé (dit M. Briquet) une deuxième ponction du dehors en dedans, après avoir déterminé, au moyen de la canule déjà introduite, le point le plus déclive de la plèvre. J'ai eu la pensée de faire cette seconde ponction *de dedans en dehors*, au moyen d'une canule courbe que M. Charrière m'a construite en 1863; mais je n'ai pas eu jusqu'ici l'occasion d'employer ce procédé, qui aurait l'avantage de placer dans la poitrine un tube flexible, ouvert sur le côté, et servant à faire par le bout supérieur des injections qu'on ferait sortir par le bout inférieur.

Où faut-il donc faire la ponction ? — Si la plèvre est libre d'adhérences, il y a lieu de choisir le sixième espace intercostal au niveau d'une verticale passant sur le mamelon, et, comme les côtes vont en se relevant à mesure qu'on se dirige plus en dehors sur une ligne horizontale partant du premier point de repère, ce sera latéralement sous l'aisselle, dans le septième espace intercostal de haut en bas, que l'on fera la ponction, et dans le huitième en se rappro-

chant de l'angle des côtes. — Chez l'un de nos malades opérés et qui mourut de phthisie tuberculeuse avec perforation du poumon, nous avons pu constater que, dans la dernière thoracentèse, l'instrument avait pénétré dans le neuvième espace intercostal, au niveau de l'angle des côtes.

Mais on a quelquefois à faire l'opération pour un épanchement circonscrit par des adhérences, et, dans ce cas, il n'y a plus lieu de choisir : il faut obéir à la nécessité. C'est ainsi que, chez une jeune fille, dont je donnerai plus loin l'observation succincte, j'ai dû faire la ponction à la partie inférieure et gauche de la région précordiale.

Dans tous les cas, il faut s'assurer si, dans le point où l'on veut pénétrer, il y a matité complète, profonde, et absence de murmure vésiculaire.

Je dis absence de *murmure vésiculaire*, car il y a des cas d'épanchement considérable où la respiration trachéale est transmise à travers la couche de liquide et retentit avec un timbre presque amphorique sous l'oreille accolée à la poitrine. J'en ai vu un exemple, il y a quelques années, chez un jeune médecin (M. Arnaud, neveu de M. le docteur Delanglard, qui voulut bien me demander mon avis). Cette respiration broncho-amphorique laissait dans l'incertitude sur la possibilité d'une ponction qui paraissait d'ailleurs nécessaire ; mais la matité absolue dans le point d'élection me rassurait complétement. L'opération fut pratiquée par le docteur Pinel-Grandchamp ; il sortit un jet de sérosité transparente équivalant à plusieurs litres, et le malade guérit avec une promptitude remarquable.

Comment faut-il pénétrer dans la poitrine? directement, ou obliquement par la méthode sous-cutanée? La pénétration *directe* est bonne, qu'elle soit faite par le bistouri ou par le trocart, si l'on veut établir une ouverture permanente ; mais la méthode sous-cutanée doit toujours être mise en usage, si l'on se propose de fermer la plaie après l'écoulement du liquide. Quelques opérateurs pratiquent la thoracentèse en *deux temps :* ils font d'abord une petite *incision* à la peau, et en second lieu la *ponction* des tissus sous-jacents avec le trocart. Cette incision préalable de la peau me semble inutile ; elle a plus d'inconvénients que d'avantages. C'est d'abord une double opération, puis la douleur de l'incision émeut et agite le malade et augmente ainsi les difficultés d'une opération déjà souvent délicate. La ponction en un *seul temps* est préférable ; je l'ai toujours faite ainsi (une trentaine d'opérations), et, jusqu'à ce jour, constam-

ment sans accidents. M. Guérin fait un large pli à la peau et pénètre dans la poitrine à la base de ce pli. Je procède un peu différemment : l'extrémité du doigt indicateur gauche, tirant la peau de côté, fixe le point où l'instrument doit pénétrer au milieu d'un espace intercostal; la main droite armée du trocart appuyé contre l'union des deux dernières phalanges de ce doigt, vise de près et traverse les tissus d'un seul coup; l'opération est ainsi faite, dès que le malade ressent la première douleur.

Quelle qu'en soit la raison, *l'air a une grande tendance à pénétrer dans la poitrine.* Il est tout aussi vrai que la présence de ce fluide dans la plèvre est nuisible *physiquement* et *chimiquement.* Par son action chimique, l'air atmosphérique altère le liquide contenu; le pus devient fétide, et de là résultent la fièvre hectique, l'infection putride et ses conséquences. Il est aussi nuisible physiquement : en effet, pour que la guérison s'opère, il faut, à mesure que le liquide s'écoule, que le poumon comprimé se déplisse, que les côtes distendues se resserrent, que le diaphragme abaissé se relève, que le cœur refoulé revienne à sa place. Or, si l'air extérieur pénètre dans la cavité pleurale et prend la place du liquide, le poumon ne peut se développer, etc., et les conditions de guérison se trouvent ainsi annihilées.

Il faut donc empêcher l'introduction de l'air dans la poitrine, et c'est là le mode opératoire de M. Piorry : la *ponction sous l'eau.* Ainsi présentée, la question me semblait intéressante d'autant plus que, dès 1863, j'avais appliqué cette idée *sous l'eau,* non pas, il est vrai, au moment de la thoracentèse, mais après l'opération, la plaie de la poitrine étant béante et en communication avec l'air extérieur. Voici dans quelle circonstance :

Il s'agit d'un malade de M. le docteur Vosseur, jeune garçon de six ans, atteint depuis cinq semaines d'une pleurésie droite qui résiste à tous les moyens mis en usage.

Réuni en consultation avec M. Roger, le 22 mai 1863, nous estimons que l'épanchement est considérable, probablement purulent, et qu'il y a lieu de faire la thoracentèse.

M. Trousseau, appelé le 25, est du même avis. Je fais la ponction le soir même, un peu au-dessous et en dehors du mamelon droit, et je retire 1,250 grammes de liquide purulent verdâtre. Soulagement immédiat, nuit calme. Les jours suivants, respiration plus facile, retour de l'appétit, fièvre modérée. Mais ce mieux ne dure pas; dès le 5 juin la matité s'est reproduite, le côté droit de la poitrine est de nouveau distendu.

Une deuxième ponction, faite le 6, fournit 680 grammes de pus. Injection légèrement iodée.

Le petit malade éprouve un peu de douleur dans la poitrine et, pendant plusieurs heures, il exhale une odeur d'iode par la bouche; en même temps la chaleur de la peau s'élève et le pouls monte à 136 pulsations par minute.

Ces accidents ne durent pas, et, dès le 8, la fièvre baisse (112 pulsations) et le petit malade a repris sa gaieté.

Mais, le 15, le son mat reparaît à droite, avec respiration bronchique. Le 20, la distension du côté malade rend une nouvelle ponction nécessaire.

Celle-ci est faite le 23 et laisse écouler environ 660 grammes de pus. Je fais une nouvelle injection iodée et je place dans la plaie une sonde en gomme élastique. L'air entre avec bruit dans la poitrine.

Dès le lendemain le liquide évacué par la sonde est puriforme, un peu fétide; il y a de la fièvre. On renouvelle les injections iodées matin et soir.

Le 26. Le liquide purulent s'échappe entre la sonde et le pourtour de la plaie. Extraction de la sonde, continuation des injections détersives.

Le 27. Le petit malade va bien; les parents font eux-mêmes les injections iodées.

Le 30. L'amélioration continue, la plaie fistuleuse est rose; on n'entend plus les aspirations bruyantes d'air.

Sous l'influence des injections iodées faites deux fois par jour, le liquide qui s'écoule de la poitrine devient plus séreux et cesse d'être fétide; et, le 4 juillet, le petit malade est assez bien pour permettre aux parents de l'emmener dans le Palatinat, où la continuation des mêmes soins semblait devoir aboutir à une heureuse terminaison.

Mais vers la fin de septembre, avant que le foyer pleural fût tari, il arriva un jour qu'on ne parvint plus à faire pénétrer la sonde pour faire les injections habituelles. L'enfant est ramené à Paris dans les premiers jours d'octobre. Il est amaigri, pâle, bouffi, en proie à la fièvre hectique, et la plaie laisse échapper un pus séreux fétide. Je conseille (le 9 octobre) de le placer dans un bain aromatique.

M. le docteur Vosseur, qui assistait à ce bain, put s'assurer qu'il y a eu échange entre l'eau du bain et le liquide contenu dans la plèvre; les premiers jets du liquide sortant de la poitrine étaient

troubles, purulents, pour devenir ensuite parfaitement limpides.

Mais deux bains seulement ont pu être donnés : la faiblesse de l'enfant ne permit pas de continuer l'emploi de ce moyen, et il succomba le 20 octobre à des symptômes de suffusion séreuse dans le cerveau.

Je reviens à l'opération de M. Piorry annoncée sous le titre de *ponction sous l'eau*. J'en trouve bien l'*idée* dans la note qui a été communiquée à l'Académie, mais j'y cherche en vain le *fait*. Je n'y vois que l'emploi d'un tube en caoutchouc adapté par un bout à la canule et plongeant par l'autre bout dans un vase rempli d'eau. Ce procédé a-t-il réellement des avantages? M. Guérin soutient que non, prétendant que son appareil, dont la seringue d'aspiration constitue la partie essentielle, suffit à tout.

Cet instrument est assurément très-ingénieux. Il est excellent pour vider la plèvre, et l'aspiration qu'il permet d'exercer facilite l'évacuation du liquide lorsque sa consistance pourrait en rendre l'écoulement difficile. Mais il ne nous semble pas également bon pour injecter des liquides détersifs, et dans ce cas on risque de pousser de l'air dans la poitrine : on peut s'en assurer en opérant sur un vase rempli d'air.

C'est d'ailleurs un instrument compliqué, sujet à subir des altérations, et que son prix, s'il est en métal peu altérable, rend peu accessible à tous les praticiens.

Le tube de M. Piorry, beaucoup plus simple, mérite donc d'être pris en considération. Mais a-t-il réellement *tous* les avantages que M. Piorry lui attribue? Il sert parfaitement pour évacuer le liquide contenu dans la plèvre, et il a servi aussi, entre les mains de M. Piorry, pour faire pénétrer l'eau du vase dans la cavité pectorale.

Cependant, pour l'évacuation, il ne vaut pas la baudruche : celle-ci offre plus de sécurité, et permet, grâce à sa transparence, de voir mieux ce qui se passe. Puis, si quelques flocons albumineux viennent à obstruer la canule et arrêter l'écoulement du liquide, comment faire pour la déboucher?

Quand on se sert de la baudruche, il suffit de la relever un peu, et de la traverser avec un stylet qu'on fait pénétrer dans la canule du trocart, pour rétablir l'écoulement un moment suspendu; tandis que si vous ôtez le tube en caoutchouc pour désobstruer la canule, l'air pénètre aussitôt dans la poitrine.

Quant à l'emploi de ce tube comme moyen de faire pénétrer par aspiration un liquide détersif dans la cavité pleurale, cette aspira-

tion s'est faite dans le cas relaté par M. Piorry; mais ce résultat n'est pas constant : sur un malade de trente-quatre ans, à qui j'ai pratiqué (le 11 avril) une quatrième ponction et retiré 500 grammes de liquide séro-purulent, je n'ai obtenu cette aspiration qu'avec beaucoup de peine et très-imparfaitement; et sur une jeune fille dont je donne plus loin l'observation, je n'ai pu l'obtenir. C'est que, pour faire remonter une colonne de liquide à travers ce tube, il faut beaucoup de force, et le plus souvent les malades sont épuisés par la maladie et par la fatigue de l'opération.

Or il se présente des cas où il est absolument nécessaire de laver le foyer : c'est lorsqu'on a retiré de la plèvre du liquide infect. L'emploi de la seringue à injection et d'une canule à robinet sont des moyens beaucoup plus sûrs. Mais pendant l'opération, l'air se glisse facilement dans la poitrine. Pour éviter cet inconvénient, j'ai fait ajuster à la seringue un bout destiné à remplir exactement la portion de canule située en deçà du robinet. Mais cela ne garantit pas encore absolument contre la pénétration de l'air.

En réfléchissant avec intensité à cette question, l'idée m'est venue que la baudruche, qui servait si parfaitement à *évacuer* le liquide sans danger de laisser glisser l'air dans la poitrine, pouvait servir aussi à *faire pénétrer* des liquides dans la plèvre avec la même sécurité, et que, pour cela, il suffirait, la canule étant fermée, de relever la baudruche et d'y verser de l'eau qui entrerait dans la poitrine par les seules lois de la pesanteur. L'expérience a pleinement justifié cette prévision.

Ainsi, quand l'écoulement de pus commence à se ralentir, on ferme le robinet de la canule, un aide relève la baudruche en la déployant, un autre y verse de l'eau tiède; les moindres bulles d'air remontent nécessairement à la surface du liquide. Cela fait, on ouvre le robinet, on voit alors le niveau d'eau baisser graduellement dans la baudruche à mesure que le liquide entre dans la poitrine. Avant que toute l'eau n'y ait pénétré, on ferme le robinet, on rabat la baudruche dans un réservoir; on fait exécuter au malade des mouvements d'ampliation et de resserrement de la poitrine pour faire passer le liquide injecté sur les surfaces malades de la plèvre; puis on rouvre le robinet, on fait faire des expirations; le liquide s'écoule au dehors; puis on recommence comme précédemment et l'on renouvelle l'opération aussi souvent qu'il est nécessaire.

Les avantages de ce procédé sont nombreux : sa simplicité est extrême; il n'exige pas d'instrument pouvant se déranger, s'encrasser, s'altérer; la dépense est minime; toute portion d'intestin con-

verti en baudruche peut également servir. En cas d'absence de baudruche, un morceau d'intestin non préparé pourrait encore être mis en usage.

La baudruche peut servir pour injecter non-seulement de l'eau, mais encore la teinture d'iode étendue ou d'autres liquides détersifs. Le manuel opératoire est de la plus grande facilité. Le liquide pénètre dans la poitrine sans effort; on ne risque pas de décoller des portions de plèvre ayant déjà contracté des adhérences. On peut graduer à volonté la force d'injection par la longueur de la baudruche et la hauteur de la colonne liquide. Enfin c'est encore un moyen de déboucher la canule quand elle s'obstrue par des flocons albumineux venant de la cavité pleurale.

J'ai employé ce procédé quatre fois jusqu'à présent avec le plus grand succès : la première fois, le 11 avril 1865, sur un malade de l'Hôtel-Dieu (quatrième ponction, issue de deux litres de liquide louche, injection de quinze à vingt verres d'eau tiède suivie d'une injection iodée); la deuxième fois, le 28 avril, sur une jeune fille de sept ans (troisième ponction, issue d'un verre de pus sanieux d'une extrême fétidité, lavage à l'eau tiède, injection iodée); la troisième fois, le 4 mai, sur un jeune homme de Saint-Omer (première ponction, issue de quatre litres et demi de liquide purulent fétide, injection de douze à quinze verres d'eau tiède); la quatrième fois, le 11 mai, sur le malade de l'Hôtel-Dieu, précité (cinquième ponction, issue de 500 grammes d'un liquide fétide, injection d'eau tiède et d'une solution d'iode très-concentrée. Chez ce malade on retrouva des traces d'iode dans l'urine pendant un mois entier; pas d'accident, pas de grumeaux trouvés dans la plèvre après la mort, due à une phthisie au troisième degré qui avait donné lieu à la perforation du poumon).

Ainsi donc une canule à robinet et un simple tube de baudruche suffisent, non-seulement pour évacuer l'épanchement sans pénétration d'air dans la poitrine, mais encore pour injecter la teinture d'iode et d'autres liquides médicamenteux.

Le robinet n'est même pas indispensable; la canule simple peut suffire. Le 20 juin dernier, je fis, à Neuilly, la thoracentèse chez un homme de trente-neuf ans. Croyant à un épanchement *séreux* qui n'exigerait pas d'injection, je n'étais muni que de la canule ordinaire. Il s'écoula trois litres et demi de pus verdâtre sans odeur. Je regrettai de n'avoir pas ma canule à robinet, quand l'idée me vint de faire l'injection sans le secours de cet instrument. Appliquant le pouce de la main gauche sur l'ouverture de la canule, un aide rele-

vait alors la baudruche, un autre y versait de l'eau tiède ; puis je lâchai la pression du doigt, l'eau pénétrait graduellement dans la poitrine, et j'opérai ainsi comme avec la canule à robinet.

Dans le but d'abréger l'opération, j'ai eu la pensée de me servir, à l'occasion, d'une canule ayant deux embouts à robinet et munis l'un et l'autre d'une baudruche, fonctionnant tour à tour l'une pour les injections, l'autre pour l'écoulement du liquide. Enfin, dans le but de faire simultanément ces deux opérations (injecter et évacuer), j'ai prié M. Charrière de me fabriquer une canule à double courant.

Les résultats de la thoracentèse sont variables, et ses nécessités sont multiples; si l'épanchement est séreux, une ponction, avec évacuation du liquide et fermeture immédiate de la plaie, suffit souvent, et les cas de guérison sont nombreux. Les choses ne sont plus si simples et les succès sont plus rares quand l'épanchement de la plèvre est purulent ; plusieurs ponctions successives sont alors ordinairement nécessaires, et il est utile, selon nous, de laver la surface baignée de pus pour obtenir plus facilement des adhérences. Enfin, si le liquide est fétide, la guérison est plus rare encore, parce qu'il y a fréquemment complication de lésions pulmonaires. Dans ces cas, l'évacuation du liquide, suivie d'une injection détersive, est souvent insuffisante.

On est conduit alors à établir une ouverture permanente, afin d'évacuer le liquide à mesure qu'il se sécrète, et de faire des injections journalières d'iode, de chlore ou d'acide phénique, suffisamment étendues. Dans ce but, on peut avoir à choisir entre deux procédés :

A. L'*incision* avec le bistouri, faisant une large ouverture qui permet la sortie continuelle du pus, mais donne aussi un continuel accès à l'air dans la poitrine. C'est ici que le *bain* pourrait recevoir une utile application, comme moyen facile d'obtenir un lavage du foyer sans avoir à tourmenter la plaie par l'introduction des instruments.

B. La *ponction* avec le trocart *et* une *canule à demeure*, servant à évacuer le liquide à volonté et à faire chaque fois des injections détersives.

Quelle sera cette canule ? — une sonde en gomme élastique ou un tube flexible en caoutchouc ?

La sonde est un corps plus ou moins rigide dont la présence dans la poitrine irrite le poumon, agrandit peu à peu l'ouverture de la paroi pectorale, de telle sorte que, souvent au bout de quel-

ques jours, le pus sort entre la sonde et le pourtour de la plaie.

Le tube en caoutchouc vulcanisé nous semble préférable, malgré son peu de résistance, sa cavité ne s'efface pas et laisse écouler le liquide; grâce à sa souplesse, il ne lèse pas le poumon, n'agrandit pas la plaie, il s'assujettit dans toute position avec la plus grande facilité, et permet d'obtenir un écoulement permanent et de faire des injections répétées sans pénétration d'air dans la poitrine.

Pour obtenir cet écoulement, le tube est introduit par son extrémité libre dans une baudruche terminée inférieurement en cul-de-sac, liée supérieurement autour du tube, et reçue dans une poche en toile que l'on suspend au cou du malade.

Pour faire l'injection, on pince le tube à quelques centimètres de son extrémité; un aide introduit le bec de la seringue dans la partie du tube qui dépasse les doigts qui le compriment, et commence à pousser le piston; on cesse alors la compression; l'aide achève l'injection, et l'opérateur comprime de nouveau le tube avant que l'aide ne dégage le bec de l'instrument. Au bout de quelques instants on laisse écouler le liquide, puis on remet le tube dans la baudruche fermée.

A mesure que la quantité de pus fourni par le foyer diminue, on peut renoncer à l'écoulement continu et supprimer le réservoir de baudruche; il suffit alors de boucher le tube avec un petit fosset, et l'on se contente d'évacuer le liquide matin et soir en faisant chaque fois une injection détersive.

Pendant ce traitement, quelques précautions sont nécessaires pour éviter certains accidents. Ainsi le tube peut s'échapper au dehors avant la fermeture de la poitrine, et l'on a quelquefois beaucoup de peine pour le réintroduire. Il peut aussi être entraîné dans la poitrine, accident beaucoup plus grave et auquel il est difficile de remédier, si l'on n'a pas eu la précaution de passer à travers l'une des parois du tube un fil assez long pour servir à le retirer.

Il faut donc l'assujettir avec soin, et pour cela le meilleur moyen est le papier gommé (les bordures des feuilles de timbres-poste remplissent parfaitement ce but). Il suffit d'engager le tube dans une ouverture faite à plusieurs bandelettes de ce papier que l'on colle sur la poitrine en forme d'étoile. Ce moyen n'a pas l'inconvénient d'irriter la peau, comme le fait souvent le sparadrap généralement employé.

Il faut aussi laisser dans la plèvre une longueur suffisante de tube; mais en laisser trop aurait un autre inconvénient, celui d'irriter, d'empêcher le rapprochement graduel des surfaces pleurales

et de retarder ainsi l'occlusion définitive du foyer purulent. Dans les premiers temps 6 à 8 centimètres de tube peuvent être laissés dans la poitrine; mais à mesure que la cavité morbide diminue d'étendue (ce que l'on reconnaît à la moindre quantité de pus qui s'écoule à chaque pansement, comme aussi au volume de moins en moins considérable de liquide que l'on peut injecter sans effort), il faut de temps en temps retirer une petite portion du tube; et, pour ne pas risquer de l'extraire prématurément, il est bon de conserver la mesure du tube prise exactement avant de l'introduire dans la plaie; ce qui permet toujours de savoir quelle longueur reste dans la poitrine, par la longueur de la portion extérieure.

Un moment important est celui où il s'agit d'enlever le tube définitivement. Si les choses vont bien, le liquide sort de la poitrine de plus en plus clair, de moins en moins abondant; et lorsqu'il n'en sort plus que quelques gouttes, que les bords de la plaie sont garnis de bourgeons charnus, l'instant est venu où le tube peut être extrait avec sécurité.

C'est en opérant avec les précautions signalées dans le cours de cette exposition, que nous avons eu le bonheur de sauver l'enfant dont je donne, en terminant, l'histoire succincte.

Le 19 février, je suis appelé en consultation par M. le docteur Clairain, près d'une jeune fille de sept ans, atteinte depuis une huitaine de jours de pleuropneumonie du côté gauche.

Après l'application de deux vésicatoires, de boissons nitrées, de légers laxatifs, la maladie s'amende et semble marcher vers la convalescence.

Mais bientôt la fièvre se rallume avec oppression croissante, et le 4 mars, nous constatons un épanchement considérable : matité du côté gauche depuis la base de la poitrine jusque vers la clavicule, absence de bruit vésiculaire, refoulement du cœur sous le bord droit du sternum; je conseille un nouveau vésicatoire, ajoutant que si dans six ou huit jours il n'y a pas de mieux, la thoracentèse deviendra nécessaire.

M. le docteur Barthez, consulté le 9, est d'avis de pratiquer l'opération.

Le 11. La ponction est faite, avec la canule simple munie de la baudruche, dans le septième espace intercostal, un peu en arrière d'une ligne verticale abaissée au bord postérieur de l'aisselle.

Je retire une demi-cuvette (900 grammes) de pus d'un jaune verdâtre, bien lié. A mesure que le liquide s'écoule, il se produit une toux qui annonce le développement du poumon, le murmure respi-

ratoire reparaît avec la sonorité du thorax, et le cœur revient vers sa position normale.

Les jours suivants, il s'établit des sueurs copieuses, l'urine coule en abondance, le pouls baisse et la petite malade éprouve un notable soulagement. Mais ce mieux ne dure pas : bientôt le liquide se reproduit avec retour de l'oppression et de la fièvre.

Le 25 mars. Une nouvelle ponction est faite au même point que la première, avec une canule à robinet munie aussi de la baudruche; il s'écoule environ 500 grammes d'un pus verdâtre, épais.

Jugeant cette fois nécessaire de faire un lavage de la plèvre, j'essaye en vain l'aspiration de l'eau tiède par une large sonde en gomme élastique. Des injections sont alors faites avec une seringue en argent dont l'extrémité est exactement ajustée à la canule; et, lorsque le liquide ressort presque clair, on termine par une injection iodée (teinture d'iode, 100 grammes; ioduro de potassium, 10 grammes; eau, 400 grammes). Mêmes résultats immédiats, même soulagement.

A partir de ce jour, sous l'influence d'un régime fortifiant, la petite fille reprend un peu d'embonpoint; le côté gauche ne donne plus en arrière qu'un son obscur avec respiration bronchique qui elle-même diminue peu à peu.

Mais bientôt l'oppression reparaît encore; la matité augmente dans la région antéro-latérale gauche de la poitrine et l'on constate (le 19 avril) que le cœur est de nouveau refoulé à droite. En même temps apparaît latéralement à la base du côté gauche du thorax une saillie molle, semi-fluctuante.

Dans la pensée que le pus, accumulé à la face antérieure et externe de la cavité pleurale, se fraye une voie à travers les parois pectorales, une incision est faite (le 21) en ce point; mais on ne fait sortir qu'avec peine un dé plein de pus, et les jours suivants la plaie reste sèche et se cicatrise.

Cependant l'oppression persiste avec anxiété : pâleur et bouffissure de la face, chaleur et fièvre intense. Que faire ? Une nouvelle ponction ? Dans un lieu insolite ? Avec chance de toucher le poumon ? Pour évacuer une couche peu épaisse de liquide ? MM. Trousseau et Barthez, réunis à nous (le 26), pensent qu'il vaut mieux s'abstenir. On prescrit des toniques.

Mais, dès le soir même, l'oppression grandit, devient extrême; le père de l'enfant vient me trouver à l'Hôtel-Dieu (le 27), me priant de tenter le dernier effort que j'avais été disposé à faire encore. J'y consens à la condition que l'un des consultants se range à mon avis.

Le 28, MM. Barthez et Clairain y adhèrent, et avec leur assistance, je pratique immédiatement une nouvelle ponction, à 3 centimètres au-dessous et en dehors du mamelon.

Il s'échappe par la canule un verre environ (250 grammes) d'un pus brunâtre, sanieux, d'une odeur alliacée extrêmement fétide. A l'aide de la seule baudruche, nous faisons un lavage d'eau tiède suivi d'une injection iodée, et par la cavité de la canule j'introduis dans le foyer un petit tube flexible en caoutchouc vulcanisé, maintenu en place par du sparadrap et dont l'autre bout est engagé dans une grande baudruche en cul-de-sac, placée elle-même dans une poche suspendue au cou de la malade.

Dans la soirée, il s'écoule par ce tube encore beaucoup de liquide très-fétide.

A partir de ce moment, M. le docteur Clairain fait tous les jours, matin et soir, des injections d'eau tiède et de teinture iodée. Peu à peu le pus diminue de quantité, perd son odeur fétide et devient blanchâtre, albumineux. En même temps l'enfant mange de bon appétit, engraisse et reprend des forces.

Le réservoir de baudruche est supprimé, et le tube, bouché par un petit fosset, est assujetti au moyen de bandelettes de papier gommé.

Le 8 juin. Il ne sort par le tube qu'environ une cuillerée de liquide séreux, épais, inodore ; le bruit respiratoire s'entend partout à gauche, excepté dans un espace d'environ 7 à 8 centimètres en tous sens au niveau de la ponction.

Le 15. L'écoulement est réduit à une cuillerée à café d'une sérosité blanchâtre, épaisse ; la plaie se couvre de bourgeons charnus ; il n'y a plus autour d'elle de matité appréciable ; on retire le tube en partie.

Le 23. Enfin, il ne sort plus de la poitrine que quelques gouttes de liquide albumineux ; on extrait le tube ; la plaie se ferme promptement, et aujourd'hui la jeune fille est complétement rétablie.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Composition chimique de la fleur du muguet des bois.

Il y a quelque temps une somnambule qui exerce la médecine, avait prescrit à un malade l'usage d'une boisson faite avec une poignée de fleurs sèches de muguet pour un litre d'eau bouillante ; on

devait en prendre trois tasses par jour ; ce traitement avait tellement aggravé la position du malade, qu'on dût appeler un médecin ; qui eut beaucoup de mal à combattre l'inflammation intestinale que le médicament avait provoquée. Ce médecin nous pria d'examiner les fleurs du muguet, et de lui dire à quelle cause on devait attribuer cette aggravation du mal. Cette plante n'ayant pas été analysée, il nous a semblé intéressant d'entreprendre ce travail. On sait que la dessiccation des végétaux modifie, décompose même leurs principes constituants ; pour cette cause nous avons soumis à l'analyse des fleurs de muguet nouvellement écloses et des fleurs desséchées : les résultats ont été les mêmes.

Une infusion faite avec 20 grammes de fleurs sèches de muguet et 200 grammes d'eau bouillante donne un liquide qui a une odeur aromatique, une saveur amère ; sa couleur est jaune ; il rougit très-fortement le papier de tournesol.

Cette fleur, nouvellement épanouie, mondée de sa tige, mise en contact avec une suffisante quantité d'éther sulfurique, abandonne son eau de végétation. Cette eau a une couleur jaune verdâtre ; elle est d'une odeur aromatique très-amère, elle rougit le papier de tournesol, et contient une partie des principes solubles de la fleur. L'éther se colore en jaune, d'une odeur suave de muguet ; si on laisse évaporer ce véhicule, on a un résidu presque solide, coloré en jaune, composé d'une huile volatile et de cire ; si on le mêle à de l'huile d'amandes douces ou à de l'axonge, on obtient un cosmétique qui a le parfum du muguet. Le sulfure de carbone, l'éther de pétrole, le chloroforme, produisent le même effet ; l'alcool à 100 degrés se colore en jaune, dissout tous les principes solubles ; il rougit le papier de tournesol ; on peut l'employer dans la toilette comme l'eau de Cologne. La glycérine dissout le principe aromatique ; nous avons trouvé cette fleur composée comme suit :

Un alcaloïde auquel nous donnons le nom de *maialine ;* un acide que nous nommons acide maialique ; une huile essentielle ; un principe colorant jaune ; de la cire ; du mucilage ; de l'extractif ; de la fibre végétale.

On obtient la maialine de la manière suivante : prenez fleurs fraîches du muguet des bois, mondées de leurs tiges ; on les pile dans un mortier de porcelaine avec le quart de leur poids de bicarbonate de soude ; on étend ce mélange sur des assiettes que l'on porte à l'étuve ; lorsque la masse est sèche, on la pulvérise, puis on la renferme dans un flacon avec une suffisante quantité d'éther sulfurique ; après quelques jours de contact on filtre, on ajoute une

petite quantité d'eau distillée, aiguisée d'acide sulfurique, et l'on agite fortement le mélange, qu'on expose à l'air libre pour en évaporer tout le véhicule; on a pour résidu de petits cristaux blancs aiguillés d'une très-grande amertume. Pour obtenir l'alcaloïde, on triture ce sulfate de maialine avec du bicarbonate de soude; on traite ensuite le mélange par l'alcool rectifié, l'alcaloïde reste sous la forme d'une poudre après que le véhicule a été évaporé.

Au lieu de muguet frais, on peut opérer sur cette fleur desséchée réduite en poudre; pour en faire une pâte avec le sel de soude, on ajoute une suffisante quantité d'eau distillée.

On obtient l'acide maialique de la manière suivante :

On fait infuser dans de l'eau distillée des fleurs de muguet, on passe avec forte expression, on filtre au papier, on évapore la liqueur au bain-marie jusqu'à la consistance d'un sirop cuit à 20 degrés de Cartier; lorsqu'il est froid, on lui ajoute par petites portions et en agitant toujours du bicarbonate de soude en suffisante quantité pour que le papier de tournesol ne soit point altéré; pendant que l'on fait ce mélange, il se manifeste une vive effervescence, il se dégage de l'acide carbonique. Après quelques jours de repos on constate, en décantant le liquide, qu'il s'est déposé dans la capsule une certaine quantité de petits cristaux; ces cristaux, recueillis sur des feuilles de papier brouillard et privés de l'extractif qui les colore, ont une assez grande dureté. Pour avoir l'acide maialique à l'état de pureté, on les dissout dans de l'eau distillée, on ajoute à cette solution et par petites portions une dissolution de sous-acétate de plomb, un courant de gaz hydrogène sulfuré termine l'opération. De ce qui précède, nous pensons que l'action des fleurs du convallaria maialis comme sternutatoire est due à l'acide libre qu'elles contiennent. Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Pleurésie avec épanchement. — Convalescence. — Abcès phlegmoneux des parois de la poitrine. — Suppuration fétide. — Signes d'infection putride. — Injections avec la teinture aloétique composée. — Guérison.

C***, âgé de trente-sept ans, d'une forte constitution, est pris dans la journée du 11 mars 1865 de céphalalgie, de frissons. Dès le soir même, il ressent une violente douleur au-dessous du sein droit. Les jours suivants, il y eut de la fièvre, de la toux sèche et pénible, de la

matité avec absence de respiration dans la moitié inférieure droite du thorax, de l'égophonie. — Saignée, application de sangsues et d'un vésicatoire.

Le dixième jour de l'invasion de la maladie, il ne restait aucune trace de l'épanchement pleurétique. La toux, la fièvre, le point de côté avaient cessé; la respiration était revenue à son état naturel; mais au-dessous de la clavicule droite existait, dans une assez grande étendue, une tuméfaction peu saillante, sans changement de couleur à la peau, sensible à la pression, douloureuse pendant de fortes inspirations. Elle acquit rapidement les caractères d'un vaste phlegmon occupant un espace compris entre le sternum, la clavicule, la quatrième côte et le bord antérieur de l'aisselle. Des signes appréciables de fluctuation ne tardèrent pas à se manifester, principalement vers le tiers moyen de la tumeur.

La peau qui recouvrait cette tumeur, était rouge, tendue, mais nullement amincie. La collection purulente était encore profondément située. La percussion et l'auscultation ne fournissaient l'indice d'aucune lésion interne, ni au niveau, ni dans le voisinage de l'abcès, ni dans les autres régions du côté droit du thorax. Cependant, le pus pouvait pénétrer dans la cavité de la plèvre. L'inflammation pouvait se propager à cette membrane séreuse qui en avait été si récemment atteinte. Il était urgent d'agir. Je me hâtai de pratiquer une large incision sur le point le plus fluctuant de la tumeur. Elle donne issue à une abondante quantité de pus de bonne nature. Le malade en éprouve du soulagement; mais dès le lendemain, il eut des frissons, de la fièvre, de la soif. Le pus est moins consistant; il exhale une odeur fétide.

Le surlendemain, la capacité de l'abcès s'est agrandie; une contre-ouverture est pratiquée; elle ne modifie nullement l'altération du pus.

Le troisième et le quatrième jour, la maladie s'était aggravée; les forces étaient déprimées, les traits de la face altérés. Il y eut de la fièvre, des selles liquides. Le pouls devint fréquent et petit; les téguments qui recouvraient l'abcès offrirent une couleur plus terne; le pus resta toujours fétide et abondant. Des symptômes prononcés d'infection putride étaient survenus. En vain j'avais employé des boissons amères, toniques, des applications et des injections de décoction de quinquina, de feuilles de noyer, de ratanhia, etc.

Le cinquième jour, j'ai recours à des injections avec la teinture aloétique composée, conseillée et employée avec succès par M. le professeur Lecœur (de Caen). Deux injections sont pratiquées dans

cette journée. La teinture aloétique composée fut introduite dans le foyer de l'abcès par l'ouverture supérieure. Après quelques instants de séjour, elle fut évacuée par la plaie de la contre-ouverture. Elle provoqua un sentiment de cuisson.

Le lendemain au matin, l'odeur du pus avait moins de fétidité. Deux injections aloétiques sont encore faites; leur action locale fut plus vivement sentie; elles déterminèrent même quelques signes momentanés d'ébriété.

Le soir, une amélioration remarquable fut constatée dans l'état local et dans les symptômes généraux.

Le troisième jour, la fétidité du pus a disparu; sa quantité a diminué; la diarrhée a cessé, la fièvre s'est apaisée, les traits de la face se sont relevés. Une injection est encore pratiquée, mais elle ne pénètre que difficilement et très-incomplétement dans la cavité de l'abcès; l'impression de la teinture aloétique est très-douloureuse. Les téguments de l'abcès et les plaies des deux ouvertures présentent une couleur plus animée et sont sensibles à la moindre pression.

Le quatrième jour, la suppuration est toujours inodore; elle est plus rare et d'une qualité normale. Le pouls a perdu sa fréquence, la face a repris son expression naturelle, la diarrhée ne s'est plus reproduite. Dès lors, les injections alcooliques sont supprimées; l'abcès rentre dans les conditions qui témoignent d'une solution heureuse. Au bout de six jours, la guérison était complète.

Dans la convalescence d'une pleurésie, un vaste phlegmon se développe à la région antérieure et supérieure du thorax, du même côté qui avait été le siége de la phlegmasie interne et ne paraissant avoir avec cette phlegmasie aucun rapport de propagation. Il ne tarde pas à abcéder. Une large incision donne issue au pus qu'il renfermait. La capacité de l'abcès prend de plus grandes proportions; le pus devient fétide; une contre-ouverture est pratiquée; elle n'a aucune influence sur l'altération de ce liquide. Des symptômes graves d'infection putride se déclarent; les téguments de l'abcès paraissent même être menacés de gangrène. Le sujet est affaibli par la maladie de laquelle il sortait à peine. Des médications toniques antiputrides ont été vainement employées: le danger est imminent; alors des injections avec la teinture aloétique composée sont tentées; une amélioration rapide succède à leur emploi. Après la cinquième injection, le produit de la suppuration a recouvré ses qualités normales, les signes d'infection putride ont cessé d'exister. La maladie locale ne présente plus que les caractères d'un

abcès phlegmoneux sans complications et parvenu à la période de cicatrisation.

Les injections alcooliques furent l'unique mode de traitement auquel nous eûmes recours en dernier lieu, et alors que les phénomènes morbides locaux et généraux se manifestaient avec leur expression la plus intense. Elles déterminèrent une amélioration immédiate, et bientôt après une solution heureuse et définitive. Il me semble que c'est à leur seule intervention que doit être attribuée la guérison d'une maladie qui se révélait sous une forme aussi grave.

Dr Mazade (d'Anduze).

BIBLIOGRAPHIE.

De l'électricité considérée comme cause principale de l'action des eaux minérales sur l'organisme, par M. H. Scoutetten, docteur et professeur en médecine, officier de la Légion d'honneur, commandeur des ordres impériaux de Saint-Stanislas de Russie et du Medjidié de Turquie, ex médecin en chef et premier professeur des hôpitaux militaires de Strasbourg, de Metz, ex-médecin en chef des hôpitaux français pendant la guerre d'Orient, etc., etc.

Il ne nous semble pas qu'on ait, en général, apporté une attention proportionnelle à leur importance, aux recherches excessivement intéressantes de M. Scoutetten, sur un mode d'action à peu près jusqu'ici ignoré des eaux minérales sur l'organisme vivant. Non-seulement ce mode d'action était à peu près ignoré, mais qu'est-ce qui s'était occupé sérieusement et avec un certain esprit de suite, je dis parmi les médecins hydrologistes, des phénomènes électriques que présentent ces eaux par suite de la réaction de leurs éléments minéralisateurs les uns sur les autres, comme par suite de l'action des milieux divers qu'elles traversent, avant d'émerger à la surface du sol? Quelles que soient l'indifférence, ou même peut-être l'opposition systématique avec lesquelles ont été accueillies les observations de notre distingué confrère, ainsi que les inductions qu'il en a tirées avec un peu de précipitation peut-être, les notions nouvelles qu'il vient d'introduire dans la science resteront, et nous pouvons à l'avance assurer que la voie qu'il vient d'ouvrir sera parcourue, et bruyamment parcourue par ceux-là mêmes qui semblent fermer les yeux sur ses intéressants travaux.

Nous passerons rapidement sur la première partie du livre de notre savant confrère, toute consacrée à démontrer l'instabilité

des doctrines en matière d'hydrologie, et ce qui est plus grave, à la confusion des données sur lesquelles s'appuient les applications des eaux minérales au traitement des maladies. Malgré les tempéraments que M. Scoutetten s'efforce d'imposer à sa critique, souvent le sentiment de la vérité l'emporte, et il n'impose pas toujours silence aux craintes qu'il a qu'ici surtout quelques marchands ne se soient subrepticement glissés dans le temple. Il faut lire cette partie, mais la lire vite, pour éviter la contagion d'une impression contre laquelle la plupart d'entre nous ne sont pas suffisamment défendus.

Nous disions tout à l'heure que parmi les médecins hydrologistes, il en était fort peu qui se fussent occupés un peu sérieusement des rapports des eaux minérales avec ce grand facteur de la nature, l'électricité ; mais parmi les physiciens, il en est quelques-uns qui se sont livrés à cette étude, et parmi ces derniers nous citerons M. Becquerel de l'Institut : ce sont même, comme le reconnaît notre auteur, les recherches de ce savant physicien qui ont été le point de départ de ses travaux, comme de la théorie générale dont il a cru devoir les couronner. Ce qui fait ici l'originalité principale des expériences de M. Scoutetten dans cet ordre de recherches, c'est que médecin, avant d'être physicien, il s'est servi du corps de l'homme pour mettre en évidence les actions électriques des eaux minérales. Il a montré non-seulement que dans ces expériences intéressantes, ces actions se manifestent au contact de la peau dans la pratique balnéaire, mais que, prises en boisson, ces mêmes eaux, à des degrés divers, déterminent des actions électriques plus ou moins facilement appréciables, quand elles arrivent en contact avec le liquide des sécrétions normales ou pathologiques. Le savant médecin de Metz apporte sur tous ces points des expériences positives qui ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit; nous recommandons surtout aux lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* qui voudront s'édifier sur cette question, de lire avec l'attention qu'elles méritent les expériences qu'a faites M. Scoutetten lui-même et sur lui-même. En face de ces résultats si nets et si tranchés, on ne pourra s'empêcher de reconnaître qu'une notion nouvelle vient d'être introduite dans la science, et qu'elle y restera signée à tout jamais du nom de l'auteur.

Maintenant quelle part peut avoir ce développement de l'électricité au contact de l'organisme malade dans la thérapeutique hydriatique? Dans la pensée de notre savant auteur, cette part est immense, elle relègue bien loin sur un arrière-plan l'action médi-

camenteuse des eaux minérales, soit qu'on considère celle-ci au point de vue chimique, soit qu'on la considère au point de vue vulgaire de la physiologie pathologique. Mais comme cette sorte d'exégèse (on nous permettra ce mot en un sujet où les interprétations n'ont pas manqué, et ne brillent pas toujours par leur clarté), comme cette sorte d'exégèse, répété-je, se rattache, dans l'esprit du médecin de Metz, sinon à une conception particulière de la vie, du moins à une affirmation très-explicite d'un instrument particulier de celle-ci, qui n'est autre chose que l'électricité dynamique incessamment engendrée au sein de l'organisme vivant, laissons un instant la parole à l'auteur, dont nous n'oserions accentuer les idées à cet égard aussi énergiquement qu'il le fait lui-même, de peur qu'on ne nous accusât d'en exagérer l'expression. « Ces résultats acquis, dit M. Scoutetten, ont amené des conséquences inattendues ; il ne suffisait pas de dire que l'électricité est la cause principale de l'action des eaux minérales, il fallait démontrer comment elle agit, quelle est la nature des modifications qu'elle imprime au liquide, apprécier aussi le rôle qu'elle joue dans l'organisme vivant. En effet, constater que le contact de deux corps développe de l'électricité n'est rien ; ce phénomène est général, il est constant : mais prouver que l'électricité est l'organe qui fait mouvoir la matière vivante, que c'est lui qui préside à toutes les fonctions, qui les active ou les ralentit, que sans lui la vie s'éteint, c'était là un fait capital ; il a été acquis à la science par la découverte de *l'électricité du sang ;* presque aussitôt est venue comme cause immédiate et nécessaire la découverte de la circulation nerveuse qui rend compte de la vie organique et de la vie de relation ; ensemble merveilleux dans lequel tout se combine, tout s'enchaîne pour produire des effets multiples, innombrables, sous l'impulsion d'une cause unique. » On le voit, il ne s'agit plus seulement ici d'une expérience simple, expérience qui consiste à constater qu'au contact d'une eau minérale quelconque et à des degrés divers le corps humain, sain ou malade, manifeste des phénomènes d'électricité ; il s'agit d'un problème d'un ordre bien plus élevé, celui de démontrer que, par suite de l'action des métaux sur l'économie, des métamorphoses incessantes qui s'y accomplissent, cette économie est constamment placée dans l'atmosphère sans cesse renouvelée d'une électricité dynamique diffuse, qu'elle est une sorte de pile vivante, et que c'est là l'instrument immédiat de la vie pour réaliser toutes les fonctions dont cette économie est le théâtre, comme pour y rétablir l'ordre troublé. Ce n'est pas tout encore, dans la théorie du

savant médecin de Metz, ce système nerveux, ce mystérieux appareil que ceux-là comprennent le mieux peut-être, qui le comprennent avec toute son obscurité, ce système nerveux n'est qu'un condensateur ou un conducteur de cette électricité dynamique sans cesse renaissante qui enveloppe tout l'organisme et que tout l'organisme enveloppe, car l'électricité statique ou de tension n'y apparaît que très-exceptionnellement, et la vie considérée dans son instrument immédiat n'est rien de plus que de l'électricité en mouvement dans un cercle prédéterminé.

Ainsi qu'on le pense bien, il nous serait facile de soulever des objections contre une théorie comme celle-là, et si explicite dans ses appréciations ; mais ce n'en est pas ici le lieu : nous n'en ferons qu'une, et c'est celle-ci : dans des expériences délicates on a mesuré la vitesse de l'influx nerveux, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature : si ce fluide n'est rien autre chose que de l'électricité, comment se fait-il que pendant que les courants électriques, tels qu'on les constate sur les conducteurs métalliques des appareils télégraphiques, ont sensiblement la même vitesse que la lumière, c'est-à-dire qu'ils parcourent environ 500 millions de mètres par seconde, comment se fait-il que les courants nerveux sur leurs conducteurs naturels, ou les nerfs ont une vitesse 16 millions de fois moins rapide? En entrant dans la voie hardie qu'il vient de parcourir et où, nous nous plaisons à le répéter, il a déjà saisi des rapports intéressants que nul avant lui n'avait saisis, M. Scoutetten a dû ainsi se heurter, dès les premiers pas, à des pierres d'achoppement qui infailliblement eussent arrêté tout net de moins vaillants pionniers que lui ; dans l'intérêt de la fortune de ses idées, il aurait donc dû tout d'abord s'appliquer à les faire disparaître. Il en a bien écarté quelques-unes, mais il en est d'autres qu'il n'a point aperçues, malgré toute sa science aussi étendue que solide, ou contre lesquelles, le fer, l'acier, si l'on veut, de son argumentation s'est émoussé.

Malgré les doutes qui restent dans notre esprit sur la vérité d'une théorie qui prétend à plonger si profondément dans le mystère de la vie normale ou pathologique, et dont l'auteur n'a pas craint de dire quelque part : « Ce n'est pas une réforme qu'elle apporte, mais une révolution qu'elle commence ; » malgré ces doutes inévitables, nous aurions bien mal exprimé notre sentiment sur le livre du médecin de Metz, si, après nous avoir lu, les lecteurs de ce journal ne sentaient pas le désir de lire et de méditer les pages chaleureuses qui expriment et développent les idées radicales que nous venons d'esquisser.

Pour ne pas laisser le lecteur sous l'impression de nos propres doutes, qui ont quelques-unes de leurs racines peut-être dans une trop grande circonspection de l'esprit, qu'on nous permette, avant de finir, de citer quelques paroles de M. Dumas : tous peuvent s'incliner devant ce nom-là ; un mot venu de si haut effacera dans l'esprit de ceux qui nous auront lu l'impression que notre scepticisme excessif peut-être aura pu y laisser. « Toutefois, dit M. Dumas, de ce que l'on ne constate aucune trace d'électricité à la surface du corps humain, il ne faut pas encore croire qu'il n'en existe pas dans nos organes, ceci serait contraire aux théories les plus modernes. L'électricité n'est, dans une de ses formes, que la manifestation du mouvement. Là où il y a du mouvement, il y a production d'électricité. Sanna-Solaro et Ch. Musset pensent avoir démontré les propriétés électriques des rayons solaires ; il n'y a rien là d'inadmissible. Un rayon calorifique ou lumineux n'est pour notre corps ou notre œil que la traduction du mouvement moléculaire ; pourquoi ce mouvement ne produirait-il pas aussi de l'électricité ? Or, tout est mouvement dans nos organes ; il est donc permis de croire à l'existence d'un flux électrique dans le corps des animaux. *M. le docteur Scoutetten vient, du reste, de mettre hors de doute l'électricité du sang.* » Je ne retire pas ce que j'ai dit devant ces solennelles paroles, mais je voudrais que le lecteur l'oubliât au moins en partie, pour ne s'en souvenir, dans une certaine mesure, qu'après avoir lu et relu avec l'attention dont il est digne l'important ouvrage de notre savant confrère.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Névralgie de l'avant-bras. — Bons effets de l'injection sous-cutanée de morphine. — Mme Bertin, pensionnaire de l'hospice Sainte-Périne, âgée de soixante-dix-neuf ans, se présente, le 24 avril, à la consultation de M. Tillaux, et donne les renseignements suivants :

Il y a environ quarante-cinq ans une saignée lui fut pratiquée, aucun accident ne se manifesta. Trois mois après, elle ressentit au bras une douleur très-vive causée par le contact du vêtement qu'elle portait et qu'elle attribua « à la pointe de la lancette que le médecin avait peut-être, disait-elle, laissée dans la plaie. »

Depuis cette époque cette douleur a persisté, présentant des caractères particuliers : tantôt c'est au moment des variations de tem-

pérature qu'elle se manifeste, toujours augmentée par la pression et même par le simple contact; tantôt, au lieu d'être permanente, elle consiste en élancements qui reviennent plus ou moins fréquemment et impriment des soubresauts à tout le bras. Le foyer de cette douleur est à la partie médiane antérieure et un peu interne du bras où le cutané interne devient sous-cutané en traversant l'aponévrose brachiale. En ce point on voit une petite tache d'une couleur noirâtre analogue à celle d'une tumeur érectile veineuse; profondément on sent une sorte de nodosité. Depuis le début, cette douleur a toujours été en augmentant de fréquence et d'intensité.

Le 26 avril 1865. Injection sous-cutanée; 10 gouttes de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine.................	1 gramme.
Eau..	20 grammes.

Cette injection ayant été pratiquée vers les onze heures, dans l'après-midi la malade éprouva un assoupissement profond, un peu de sécheresse de la gorge et des vomissements de matières muqueuses. Mais pendant ce temps, la douleur du bras a disparu : son bras, comme elle le dit, est engourdi.

Le soir, les accidents produits par la morphine ont disparu ; la douleur du bras n'est pas revenue.

Le lendemain, état normal. Pas de douleur dans le bras, du moins pas de douleur spontanée.

Le 28. Même état.

Malheureusement les douleurs n'ont pas tardé à reparaître, et la malade, très-pusillanime, s'est refusée absolument à une seconde injection. — Mais tout porte à croire que la continuation de ce traitement eût amené une guérison complète.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Guérison d'un cas de sclérodermie par l'opium et le sulfate de quinine à l'intérieur. Lorsqu'on parcourt les diverses observations de sclérodermie des adultes, publiées depuis le travail de Thirial, on ne peut se défendre d'un profond découragement en présence de l'opiniâtre résistance que cette affection désolante a presque toujours opposée aux efforts de la thérapeutique. Les cas dans lesquels on a obtenu la guérison, ou seulement une amélioration notable, se comptent; et ce qui est aussi fâcheux, c'est que la plupart des succès qui ont couronné les tentatives les plus diverses ne peuvent être ramenés à aucune indication saisissable, et n'apportent, par conséquent, à peu près aucun enseignement pour l'avenir. Le traitement emménagogue a paru donner des résultats assez avan-

tagoux dans des cas où la sclérodermie semblait se rattacher à l'aménorrhée; et, dans d'autres cas, l'affection cutanée a paru s'améliorer sous l'influence d'un traitement dirigé contre un état général morbide de l'économie. Mais presque toujours les moyens couronnés de succès ne répondaient à aucune indication rationnelle, et c'est au hasard, qui en avait dicté le choix, que reviennent les honneurs de la guérison. Il faut cependant prendre note de ces faits satisfaisants, seulement au point de vue de l'issue finale; et, à ce propos, nous ne pouvons pas passer sous silence une observation que M. le docteur Heusinger de Marburg a publiée dernièrement dans l'*Archiv fuer pathologische Anatomie* (mars), et dans laquelle il s'agit d'une *sclérodermie guérie par l'emploi du sulfate de quinine et de l'opium à l'intérieur*. Il s'agit d'une femme chez laquelle l'induration cutanée, suivant une marche sans cesse croissante, avait envahi successivement la face, la nuque, le cou, les avant-bras, les mains, les jambes et les pieds. Dans plusieurs de ces parties, elle avait atteint les phases les plus extrêmes de son développement, surtout aux mains et aux pieds, où la peau avait subi une atrophie extrêmement prononcée, et où notamment l'épiderme paraissait avoir complètement disparu par places. La marche était complétement impossible. La fonction menstruelle s'exécutait normalement, et les autres fonctions s'étaient également conservées intactes pendant longtemps. Mais depuis quinze jours un changement considérable était survenu sous ce rapport. L'appétit s'était complétement supprimé; il en était de même des évacuations alvines : l'ingestion des aliments était suivie d'une sensation pénible de pesanteur épigastrique; la langue, envahie par le sclérème, était presque complètement immobilisée sur le plancher buccal. L'état de la malade paraissait tellement grave, qu'on redoutait une terminaison fatale prochaine. On employa topiquement des frictions de glycérine, en alternant avec un mélange de glycérine et de goudron, et l'on administra à l'intérieur des poudres d'opium et de sulfate de quinine à doses croissantes, qui ne dépassèrent cependant jamais 5 centigrammes d'opium et 40 centigrammes de sulfate de quinine. Ce traitement, commencé en juillet 1863, fut continué, avec quelques interruptions, jusqu'à la fin de l'année et dans les premiers mois de l'année 1864. En novembre 1863, le sclérème n'existait plus qu'aux mains et à la partie inférieure des avant-bras; toutes les autres parties de la peau, primitivement envahies, étaient revenues à peu près complètement à l'état normal, ainsi que la muqueuse linguale, et les divers troubles fonctionnels avaient complètement disparu. La marche était redevenue possible; la malade se servait assez librement de ses mains pour filer et se livrer à diverses autres occupations. Seulement elle resta sujette, à partir de cette époque, à des diarrhées qui revenaient de temps en temps. En octobre 1864, la sclérodermie des mains était également guérie, et la transpiration cutanée, précédemment abolie, avait reparu.

On ne peut guère attribuer ce résultat à la médication topique employée, d'autant moins que les bains avaient constamment aggravé la sclérodermie. On ne peut donc guère contester l'efficacité du traitement interne, à moins d'admettre une guérison spontanée, ce qui, à la vérité, a été observé un certain nombre de fois. D'après les détails de l'observation, cette dernière interprétation nous paraît cependant très-invraisemblable, car le début de l'amélioration a coïncidé très-exactement avec l'emploi du traitement interne. (*Gaz. hebdomad.*)

Méthode expérimentale pour introduire les gargarismes dans la cavité du larynx. Des expériences relatives à la déglutition et aux gargarismes, publiées récemment par M. Guinier (de Montpellier), il résulte que le liquide d'un gargarisme peut pénétrer très-facilement jusque sur les cordes vocales et baigner par conséquent les parties les plus profondes du larynx, et cela sans qu'on en avale une goutte.

Voici comment il faut s'y prendre pour arriver à ce résultat.

Beaucoup de personnes se cambrent péniblement en arrière et renversent la tête de la manière la plus fatigante; d'autres s'efforcent de produire, avec le voile du palais et la luette flottant sur la base de la langue relevée, un bruit de glou-glou aussi peu harmonieux qu'inutile; d'autres, enfin, respirent tranquillement pendant leur gargarisation.

Aucun de ceux-là ne gargarise utilement, ni pour son pharynx, ni surtout pour son larynx.

Pour gargariser de la manière la plus convenable, il faut simplement :

1° Relever légèrement la tête;
2° Ouvrir modérément la bouche;
3° Avancer le menton et la mâchoire inférieure;
4° Emettre ou avoir l'intention d'émettre le son de la double voyelle *æ*.

La simultanéité et la concordance de ces quatre mouvements ouvrent largement l'arrière-bouche, relèvent le voile du palais et la luette, éloignent la base de la langue de la paroi postérieure, et permettent au liquide de s'introduire en vertu de son propre poids jusque dans la cavité du larynx.

La gargarisation dure ainsi tout le temps d'une longue expiration, et l'inspiration est impossible.

Les plus habiles parviennent à faire revenir l'eau par les fosses nasales (comme on le fait avec la fumée du tabac), baignant ainsi de la manière la plus complète toutes les muqueuses intéressées. Mais, dans ce cas, il faut tenir compte d'une conformation plus ou moins favorable, selon l'étendue du voile du palais et la longueur de la luette.

La preuve expérimentale de la pénétration du gargarisme dans le larynx, c'est l'impossibilité de respirer.

Quiconque respire en gargarisant, opère mal; quiconque ne peut respirer, opère bien.

Un très-court exercice est nécessaire quelquefois pour apprendre à gargariser ainsi, sans avaler une goutte de liquide; moins on relève la tête, moins on éprouve le besoin d'avaler, et l'on peut de la sorte l'annihiler tout à fait; plus, au contraire, on relève la tête en arrière, moins on est maître de sa déglutition, et l'on avale inévitablement quelque partie du gargarisme. (*Gaz. des hôpitaux*.)

Amaurose double. — Guérison ayant coïncidé avec l'expulsion d'un ténia. Un maçon de vingt-sept ans avait été traité en 1861 pour un ténia. Cet homme vint travailler à Milianah et répara une toiture exposée à un soleil ardent; deux jours après, céphalalgie violente, diminution progressive, puis abolition de la vision dans l'espace de huit jours. A son entrée à l'hôpital, cécité absolue à droite, avec douleurs profondes dans le globe oculaire, symptômes moins accusés à gauche. Pouls lent, régulier, roideur du cou. Un traitement antiphlogistique et révulsif énergique, des frictions mercurielles continuées pendant quinze jours, et une salivation abondante, amenèrent une amélioration notable dans la vision; le malade peut lire sur son billet de salle les mots écrits en gros caractères. Mais à partir de ce moment, des alternatives de bien et de mal s'établirent, des symptômes de congestion, de la dysphagie, de l'hébétude se montraient pendant deux à trois jours et disparaissaient sous l'influence du régime et de purgatifs; on administra sans résultat six doses de sulfate de quinine. Deux mois après le début de la maladie, le malade est pris de vertiges accompagnés de contractions des membres; pupilles fixes, dilatées; délire aigu roulant exclusivement sur des idées religieuses.

La femme du malade apprend au médecin que pareil état s'est manifesté à diverses reprises et que les crises précédentes ont quelquefois duré plusieurs jours. Le médecin traitant, soupçonnant la nature helminthique, prescrivit l'écorce de grenadier. Trois heures après, expulsion de nombreux fragments de ténia dont un n'a pas moins de 35 centimètres de longueur. Le lendemain, nouvelle administration du grenadier : expulsion d'un ténia de cinq mètres sans tête, mais à extrémité céphalique très-ténue, filiforme et ayant plusieurs centimètres de longueur. Immédiatement après, amélioration notable dans l'état général et dans celui de la vision. Guérison constatée ultérieurement par des renseignements fournis par le malade. (*Recueil de mém. de méd. et de chir. milit.*, févr. 1865.)

Goître cystique traité par la cautérisation; guérison. Le goître cystique est une affection dont le traitement, entièrement chirurgical, compte plusieurs méthodes, au nombre desquelles s'inscrivent en première ligne celles des injections et de la cautérisation. Cette dernière, préconisée par Bonnet, de Lyon, a été couronnée entre ses mains et dans celles de ses élèves, de succès assez nombreux pour la recommander très-sérieusement à l'attention des chirurgiens. On sait qu'elle consiste dans l'ouverture de la paroi antérieure du kyste au moyen d'un caustique, particulièrement de la pâte de chlorure de zinc, et, dans certains cas, dans la destruction à l'aide du même agent de toute la surface de la poche. Le cas suivant, dont l'observation est due à M. le docteur Pomiès, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, est intéressant sous plus d'un rapport, et notamment en ce que ce

fut après l'emploi sans succès des injections iodées qu'on eut recours à la cautérisation, laquelle fut suivie du résultat le plus avantageux.

M. B***, quarante-huit ans, homme vigoureux, habituellement bien portant, avait au côté droit du cou une tumeur arrondie du volume d'une grosse orange, qui, ayant débuté en 1846, s'était depuis accrue d'une manière lente et progressive. Pris de pneumonie en mars 1863, il vit, pendant la durée de cette maladie, son goître s'accroître et devenir douloureux; il se décida alors à en faire connaître l'existence, car jusque-là il était parvenu à le dissimuler au moyen de sa barbe. Réunis en consultation, MM. les docteurs Barrier, Bonnarie, Pioch et Pomiès trouvèrent sur le côté droit du cou une tumeur arrondie, grosse comme deux poings, d'un rouge violacé, fluctuante, et sur laquelle, à raison du gonflement du tissu cellulaire et de la tension de la peau, il était impossible de distinguer les vaisseaux et les muscles; le larynx était dévié jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire du côté gauche; la carotide, que l'on sentait seulement en haut, audessous du maxillaire inférieur passait en arrière de la tumeur. Dans l'état des choses, et vu la gravité de l'état du malade, il fut décidé que l'on se bornerait pour le moment à ponctionner la tumeur et à l'évacuer en évitant l'introduction de l'air, afin de faire cesser la tension douloureuse de ses parois et la compression de la trachée et des vaisseaux; la ponction fut faite le lendemain avec un trocart et l'ouverture fermée avec un plumasseau de charpie imbibée de collodion. Le troisième jour la tension du kyste s'étant reproduite, et le cinquième un suintement purulent s'étant fait jour, M. Pomiès incisa la paroi antérieure de la poche dans une étendue de 7 centimètres environ, après quoi il put reconnaître au moyen du doigt que la cavité cystique se prolongeait au delà de la ligne médiane de 4 centimètres au moins, et en bas dépassait un peu le rebord supérieur du sternum; des rugosités donnant la sensation de lames cartilagineuses se reconnaissaient en certains points. Une injection fut faite deux fois par jour avec une solution de teinture d'iode iodurée. Tout alla bien pendant un mois. Mais à partir du 10 juin, le cou devint douloureux, la suppuration fétide; une rougeur érysipélateuse se développa autour de la plaie, et un abcès se forma en dehors du sterno-mastoïdien droit, abcès qui fut ouvert avec la potasse caustique. En même temps, le pouls, qui était tombé à mesure que la pleuro-pneumonie s'était à peu près résolue, remonta à 120, et la situation redevint grave.

Ce fut alors que la fétidité du pus et le mauvais aspect de la plaie persistant, M. Pomiès se décida à détruire par la cautérisation une portion de la paroi antérieure de la poche, et à cautériser ensuite l'intérieur. A raison de l'absence d'une collection de liquide dans l'intérieur du kyste, et à cause du contact des parois, il fallut procéder avec lenteur dans la première partie de cette opération : la destruction de la paroi antérieure commencée avec la potasse caustique, puis continuée avec la pâte de Canquoin, ne fut complète qu'au bout de dix jours. Le 8 juillet une dernière application de quatre heures fut faite à l'intérieur, et l'eschare tomba cinq jours après. Une vive inflammation se développa d'abord et se propagea assez loin, mais heureusement fut réprimée par des applications émollientes. A partir de ce moment, la suppuration trouvant une issue facile, le pus cessa d'être fétide; quelques points durs et rugueux restés dans l'intérieur de la poche furent cautérisés à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent. Dès lors la plaie marcha vers la cicatrisation. Elle se fit même avec une rapidité qui donnait lieu de craindre que l'orifice ne vînt à se fermer avant que l'intérieur ne fût comblé, inconvénient qui fut prévenu au moyen de fragments de sondes œsophagiennes et uréthrales, puis de clous de plomb laissés dans la plaie, de manière à la maintenir ouverte. Enfin le fond de la plaie se combla, et la cicatrisation extérieure put être abandonnée à elle-même. La durée du traitement avait dépassé cinq mois. Revu plus d'un an après sa guérison, le malade ne présentait plus aucune trace de sa tumeur; le larynx est revenu à la partie moyenne du cou, sur le devant duquel on voit seulement trois cicatrices peu importantes. (*Comptes rendus de la Soc. imp. de méd. de Lyon*, in *Gaz. méd. de Lyon*, 16 mars 1865.)

Emploi de l'acide chlorhydrique dilué dans le traitement de la goutte chronique. Le docteur Duncan a récemment essayé, avec un très-grand

succès, l'acide chlorhydrique dilué dans le traitement de la goutte. Les observations de l'auteur faites à l'infirmerie de Dublin, portaient sur des cas de goutte chronique, et pour le plus grand nombre, de goutte atonique. Il n'y a plus, en Irlande commo dans le reste du Royaume-Uni, à invoquer comme étiologie de la goutte, l'alimentation très-azotée, l'abus des liqueurs fermentées. Comme le fait remarquer lo docteur Duncau, la misère proverbiale en Irlande ne permet guère d'observer que *la goutte des pauvres.*

Ces considérations étaient nécessaires pour se rendre bien compte de l'action du médicament; ces cas de goutte atonique que l'on a à traiter sont bien évidemment liés à des troubles profonds de nutrition. Ainsi en donnant l'acide chlorhydrique, on se propose non point de détruire l'acide urique, en excès dans le sang, mais de rétablir la nutrition, pour éviter qu'à l'avenir cet excès se reproduise.

Quelle que soit la manière dont survient cette diminution de l'acide urique préformé, elle est capitale, surtout si l'on admet, conformément aux idées de Garrod, que l'essence même de la goutte est dans le rein qui perd la propriété d'excréter l'acide urique, lequel s'accumule alors dans le sang et dans les organes. Il est bien évident que cet arrêt n'est que momentané; c'est une suspension de la fonction, laquelle se rétablit après l'accès, et la meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est que la quantité d'acide urique secrétée par les urines diminue pendant l'accès.

L'acide chlorhydrique dilué, donné, comme l'indique le docteur Duncan, dans les cas de goutte chronique, nous paraît agir non-seulement en rétablissant la nutrition, les actes réguliers et normaux d'assimilation et de désassimilation, mais encore comme agent diurétique. On comprend que cet acide dilué, employé d'une façon continue, puisse être très-utile à ce double point de vue.

Il y a cependant des cas de goutte atonique avec dyspepsie gastralgique, et où l'emploi d'acides minéraux, même à très-faibles doses, est entièrement contre-indiqué. (*Dublin quaterly medical journal*, mai 1865, et *Gazette médicale de Paris.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Appareil à suspension pour le traitement des fractures. M. J. Charrière présente à l'Académie un appareil de l'invention de M. de docteur W. R. Smith, professeur à l'Université du Maryland (Etats-Unis d'Amérique), et employé avec succès en France par MM. Shrimpton et Gantillon, qui ont bien voulu lui en confier la fabrication.

Cet appareil, très-simple, se compose d'une attelle A (fig. 1) d'un

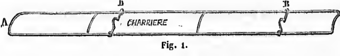


Fig. 1.

mètre de long, faite avec deux tringles de fil de fer fixées parallèlement à six centimètres d'écartement l'une de l'autro, au moyen de deux branches transvorsales. Après avoir ployé cette attelle à l'aide des pinces (fig. 2) pour lui faire prendre exactement la courbure qui convient au pli de l'aine, à

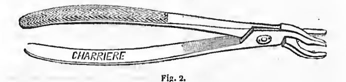


Fig. 2.

la flexion que l'on désire donner au genou et au cou-de-pied, on enveloppe le membre de tours de bande, ne laissant passer que les parties BB (fig. 1), qui s'accrochent à la corde de suspension; l'attelle appliquée à la

partie antérieure du membre est maintenue dans cette position par cinq bandes de diachylon B (fig. 3), qui embrassent le membre avec l'attelle.

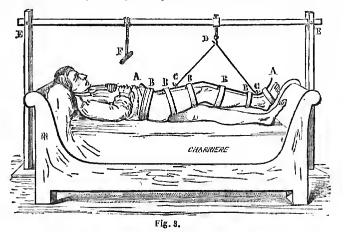
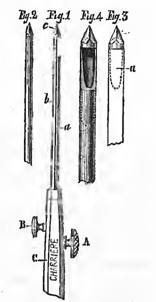


Fig. 3.

Le membre inférieur (ou supérieur) est suspendu comme dans un hamac (fig. 3) au moyen d'une corde D armée de deux crochets CC, qui s'agrafent avec deux anneaux de fil de fer BB (fig. 1) coulant sur l'attelle A.

Emporte-pièce histologique. M. J. Charrière présente à l'Académie un nouvel instrument qu'il a fabriqué sur les indications de M. le docteur Duchenne, de Boulogne, et auquel l'auteur a donné le nom d'emporte-pièce histologique. Cet instrument est destiné à aller chercher isolément, dans la profondeur des tissus, un petit fragment que l'on veut soumettre à l'examen microscopique; ce que l'on ne peut faire aussi sûrement avec le harpon de M. Mideldorff. Il se compose d'une tige cylindrique ABC (fig. 1), divisée en deux moitiés, dont l'une *b* est fixée sur un manche C par la vis B, et dont l'autre *a* est mise en mouvement sur la première *b* en poussant le bouton quadrillé A.

On fait pénétrer l'emporte-pièce fermé (fig. 2), puis on l'ouvre comme la figure 1. Le petit fragment de tissu, s'étant engagé au-dessous du crochet de la pointe C, est divisé par les bords tranchants de ce même crochet C et par l'extrémité libre de la moitié *a*. Il se trouve ainsi enfermé dans la cavité A (fig. 3). On retire alors l'emporte-pièce sans accrocher les tissus à travers lesquels il a pénétré.



La figure 4 représente, grossie trois fois, la cavité qui reçoit les tissus que l'on veut examiner.

VARIÉTÉS.

Le *Moniteur* du dimanche 6 août contient un rapport à l'Empereur sur la réorganisation du corps des officiers de santé de la marine. Suit un décret dont la longueur nous empêche de donner le texte en entier. Voici un extrait du décret :

TITRE Ier. — *Composition du corps de santé de la marine.*

Art 1er. Le cadre du personnel du corps de santé de la marine est fixé comme suit : — Inspecteur général, 1.

Service médical.

Directeurs du service de santé, 3 ; — inspecteur adjoint, 1; — médecins en chef, 10 ; — médecins professeurs, 12 : 6 de 1re classe, 6 de 2e classe ; — médecins principaux, 32 : 16 de 1re classe, 16 de 2e classe ; — médecins de 1re classe, 125 ; — médecins de 2e classe, 200 ; — Aides-médecins, 120.

Service pharmaceutique.

Inspecteur-adjoint, 1 ; — pharmaciens en chef, 3 ; — pharmaciens professeurs, 6 : 3 de 1re classe, 3 de 2e classe ; — pharmaciens principaux, 2 : 1 de 1re classe, 1 de 2e classe ; — pharmaciens de 1re classe, 9 ; — pharmaciens de 2e classe, 18 ; Aides-pharmaciens, 15.

Art. 2. Les nominations à ces grades sont faites par l'Empereur.

Les officiers du corps de santé demeurent placés sous le régime de la loi du 19 mai 1834, concernant l'état des officiers. — Le passage de la 2e à la 1re classe du grade de médecin ou pharmacien professeur, et de médecin ou pharmacien principal, a lieu à l'ancienneté, par décision ministérielle.

Art. 3. Les emplois du service de santé aux colonies sont remplis par des médecins et par des pharmaciens de la marine. Le nombre de ces emplois est fixé par des décisions spéciales.

TITRE II. — *Solde et accessoires de solde.*

Art. 4. La solde des médecins et des pharmaciens de la marine est fixée comme suit : — Inspecteur général du service de santé, 12,000; — directeurs de 1re classe, 10,000 ; — de 2e classe, 8,000 ; — inspecteurs adjoints, 8,000 ; — médecins et pharmaciens en chef, 5,000 ; — médecins et pharmaciens professeurs, et médecins principaux : de 1re classe, 4,000 ; — de 2e classe, 3,500 ; — médecins et pharmaciens de 1re classe, 3,000 ; — médecins et pharmaciens de 2e classe, 2,000 ; — Aides-médecins et aides-pharmaciens, 1,200.

Les médecins embarqués, les médecins attachés aux divisions des équipages et les médecins attachés aux divers établissements hors des ports, continuent à recevoir les suppléments déterminés par les tarifs en vigueur et afférents à ces différentes positions.

TITRE III. — *De l'admission et de l'avancement.*

Art. 5. Les aides-médecins, les médecins de deuxième classe et les médecins professeurs de deuxième classe sont nommés au concours, suivant l'ordre de classement établi par les jurys médicaux.

Les médecins de première classe sont nommés au concours et au choix. Les nominations au choix ne peuvent avoir lieu que pour moitié seulement des vacances.

Les médecins principaux sont nommés moitié à l'ancienneté et moitié au choix.

Les médecins en chef sont nommés au choix.

Les médecins principaux et les médecins en chef sont choisis sur un tableau d'avancement dressé par le conseil d'amirauté.

Notre distingué collaborateur, M. le docteur Fonssagrives, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie de médecine.

Par suite de la retraite de MM. F. Voisin et Mitivier, les changements suivants ont lieu dans les services d'aliénés des hôpitaux de Paris :

M. Delasiauve passe à l'hospice de la Salpêtrière, en remplacement de M. Mitivier ;

M. A. Voisin est nommé à l'hospice de Bicêtre, en remplacement de M. Delasiauve ;

M. Berthier est nommé au même hospice, en remplacement de M. F. Voisin.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'action physiologique et thérapeutique des sulfites et des hyposulfites. (1er article).

Par M. le docteur Constantin Paul.

INTRODUCTION.

Le travail que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui au public médical n'est point original, il a seulement pour but de soumettre à son appréciation la valeur thérapeutique de médicaments sur lesquels de nombreuses expériences ont été faites en Italie il y a cinq ans, et dont l'usage, devenu presque général en ce pays, s'est répandu depuis en Allemagne et en Angleterre. Les sulfites étaient employés de temps immémorial comme antiputrides, mais il y a vingt ans la préoccupation de conserver les cadavres en fit étudier avec soin les propriétés. On essaya surtout dans ce but les préparations arsenicales et sulfitiques; les sulfites furent préférés par leur prix peu élevé et leur absence de propriétés toxiques, aussi depuis cette époque, la conservation des pièces anatomiques et l'embaumement des cadavres devinrent d'un usage journalier, sans créer de difficulté pécuniaire ou légale. Personne n'ignore qu'aujourd'hui tous les cadavres de nos amphithéâtres de dissection sont conservés par l'injection dans les artères d'une solution d'hyposulfite de soude, procédé qu'on doit à M. Sucquet.

Dans l'industrie, les sulfites sont très-employés, et les usages qu'on en fait sont toujours des applications de leurs propriétés réductrices. On les emploie pour enlever aux tissus ou à la pâte de papier l'odeur de chlore contractée par le blanchiment. Comme agents désoxydants, ils empêchent les vins blancs de se brunir. Dans les fabriques de sucre de betterave, on lave tous les sacs et les ustensiles avec des solutions sulfitiques, pour enlever tout germe de fermentation. Le suc de betterave additionné d'une petite quantité de sulfite de soude peut se conserver un certain temps sans fermenter, et la pulpe traitée de la même manière ne se colore pas à l'air. Enfin les sulfites partagent encore les propriétés parasiticides de l'acide sulfureux.

On aurait pu se demander si cette propriété éminemment désoxydante et antifermentative des sulfites, qui peut arrêter pendant plusieurs mois la putréfaction des cadavres, ne pourrait pas être utilisée

chez le vivant, si un corps qui embaume les cadavres ne pourrait pas embaumer avec avantage les produits morbides chez le vivant. Mais ce n'est pas cette idée qui a conduit les médecins à employer les sulfites, c'est par une toute autre voie qu'on y est arrivé. C'est une théorie chimique qui en a été le principe.

Dans ces derniers temps, l'étude des fermentations a donné lieu en France à de célèbres travaux de la part de M. Pasteur et de ses élèves. Parmi tous les faits qui sont ressortis de ces études, j'en signalerai seulement trois, parce qu'ils regardent particulièrement notre sujet : ce sont premièrement la nécessité de la présence de l'oxygène, et secondement le développement de certaines mucédinées pour qu'une fermentation puisse avoir avoir; troisièmement, qu'il résulterait, pour un certain nombre de ces chimistes, que la putréfaction pourrait bien n'être qu'une fermentation. Or, voici l'hypothèse de Polli : les maladies infectieuses et contagieuses ne sont probablement que des fermentations dans lesquelles le ferment est, comme dans les fermentations ordinaires, une petite quantité de matière organique, et comme les sulfites ont la propriété, en tant qu'agents réducteurs, d'arrêter les fermentations, les sulfites devront guérir les maladies infectieuses et contagieuses. Que cette hypothèse soit vraie ou fausse, ceci sera discuté à la fin de ce travail. Je me borne en ce moment au rôle d'historien, et je constate seulement par quelles séries d'idées les sulfites sont entrés dans la thérapeutique. Voilà donc le professeur Polli à l'œuvre, prenant des chiens et leur injectant dans les veines aux uns du pus, à d'autres du sang putréfié, à d'autres du virus morveux et produisant l'infection purulente, l'infection putride et la morve, qu'il regarde comme des fermentations purulentes, putrides, morveuses, etc. En même temps, il fait à chaque expérience une contre-épreuve sur un autre chien saturé de sulfite ou mis en traitement immédiatement après. Qu'est-il résulté de ces expériences? Les animaux traités par les sulfites ont certainement mieux résisté que les autres à ces maladies artificielles, et cela dans une proportion digne de fixer notre attention.

Jusqu'ici les chiens seuls ont été traités par les sulfites, mais bientôt un certain nombre de médecins, enthousiastes des théories chimiques, séduits par cette explication nouvelle d'un certain nombre de maladies, se mettent à l'œuvre et emploient les sulfites dans les maladies infectieuses et contagieuses d'abord, l'infection purulente, l'infection putride, la fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, puis dans les maladies organiques, et enfin un peu partout. D'autres adversaires décidés de la chimiâtrie ne veu-

lent même pas voir les résultats obtenus par leurs confrères et refusent d'essayer les sulfites ou ne les emploient que comme des médicaments dont on est décidé à prouver le peu de valeur, et s'en prennent même à ceux qui en font usage. C'est à peu près l'histoire de toute nouveauté, bonne ou mauvaise, lutte de parti pris, pour ou contre, destinée à nuire aux meilleures choses. D'autres enfin, et je suis de ce nombre, persuadés que c'est l'expérience seule qui doit décider, mettant complétement de côté pour le moment la théorie ou l'hypothèse qui a engendré ces recherches, prennent connaissance des expériences tentées et de leurs résultats. Alors il leur est impossible de n'être pas frappés de l'intelligence et du soin qui ont présidé aux expériences du docteur Polli, et ils désirent être éclairés sur ce débat. Quel est le résultat de cette enquête? Les sulfites peuvent-ils rendre des services, oui ou non? Pour ma part, je crois qu'on en peut retirer certains avantages qui ne sont pas à dédaigner, et, comme toute conclusion suppose des prémisses, je soumettrai d'abord à mes confrères les éléments du débat, les laissant libres de conclure comme ils le voudront, comme moi ou autrement. Mon seul désir est de les éclairer et de les mettre en mesure de tirer eux-mêmes leurs conclusions.

Matière médicale. — *Les sulfites* sont des sels provenant de l'action directe de l'acide sulfureux sur les bases et dans lesquels le rapport de l'oxygène de l'acide est à celui de l'oxyde : : 2 : 1.

Les sulfites alcalins sont solubles dans l'eau, les sulfites alcalino-terreux ne le sont pas, mais ils le deviennent si la liqueur est légèrement acide. Ils s'altèrent au contact de l'air, s'oxydent et se changent en sulfates, mais cette action est très-lente pour les sulfites insolubles. Lorsque les sulfites en dissolution sont mis au contact d'un acide concentré, ils se décomposent, l'acide sulfureux se dégage, mais la liqueur ne se trouble pas, et il ne se forme pas de précipité. Quand les sulfites sont bien secs, les métalloïdes ne les altèrent pas à la température ordinaire, mais s'ils sont humides ou en dissolution, le chlore, le brôme et l'iode, décomposent l'eau et les transforment en sulfates.

Les sulfites les mieux connus chimiquement sont les sulfites neutres, dont la formule est MO,SO^2, et les bisulfites, dont la formule est $MO,2SO^2$.

Ces sels sont fabriqués en grand, industriellement, depuis quelques années, à cause de leur emploi dans le blanchiment et dans la fabrication du sucre.

Les *hyposulfites* sont tous solubles et cristallisables, leur com-

position est telle, que le rapport de l'oxygène de l'acide à celui de la base est : : 1 : 1.

Les hyposulfites s'altèrent moins que les sulfites, soit à l'air, soit en présence de la chaleur, les acides les décomposent facilement et laissent toujours du soufre à l'état de dépôt. Leur formule est MO,S^2O^2.

Sulfite de soude. $NaO,SO^2 10HO$. — Ce sel est blanc, cristallise en prismes obliques, à quatre ou six pans, terminés par des sommets dièdres, il contient dix équivalents d'eau. Si on le chauffe, il dépose du sulfate de soude et du sulfure de sodium, il a une réaction faiblement alcaline et une saveur légèrement sulfureuse.

Bisulfite de soude. — Ce sel ne s'obtient qu'en cristaux irréguliers et opaques, il diffère du précédent par une réaction acide. C'est ce sel qu'on emploie de préférence pour arrêter les fermentations.

Sulfite de magnésie. — Ce sel a une saveur douceâtre et sulfureuse, il s'effleurit à l'air et s'y transforme lentement en sulfate. A 15 degrés, l'eau en dissout un vingtième de son poids; à une température plus élevée, l'eau en dissout davantage, mais en se refroidissant, elle fait cristalliser ce surplus.

Sulfite de chaux. $CaO,SO^2 + 2HO$. — Ce sel est blanc ou légèrement jaunâtre, il est très-peu soluble, car il exige huit cents parties d'eau pour se dissoudre; sa saveur est nulle, mais elle devient ensuite un peu sulfureuse. Il s'oxyde lentement à l'air et passe à l'état de sulfate.

Hyposulfite de soude. $NaO,S^2O^2 + 5HO$. — L'hyposulfite de soude, découvert par Vauquelin en 1802, dans les résidus de la fabrication de la soude artificielle, est blanc, transparent, inodore, inaltérable à l'air, très-soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool. Il cristallise en grands prismes rhomboïdaux terminés à chacune de leurs extrémités par une face oblique, les arêtes aiguës de ces cristaux sont remplacées par des faces. La saveur de ce sel est un peu amère.

Hyposulfite de magnésie. — L'hyposulfite de magnésie est très-soluble dans l'eau, il cristallise facilement et ne s'altère pas à l'air.

Hyposulfite de chaux. $CaO,S^2O^2 + 6HO$. — Ce sel est blanc, très-soluble dans l'eau, qui en dissout à peu près son poids, il est inaltérable à l'air et décomposable par la chaleur. Il cristallise en prismes hexaèdres, qui renferment six équivalents d'eau.

PREMIÈRE PARTIE.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DE L'ACTION DES SULFITES.

A. *Action physiologique.* — Lorsqu'on veut déterminer la valeur thérapeutique d'un médicament, il faut d'abord se rendre compte de l'action de ce médicament sur l'organisme sain, et déterminer jusqu'à quelle dose on peut l'administrer sans dommage pour le malade ; *primo non nocere.* Il faut, d'autre part, connaître autant que possible la marche naturelle de la maladie, pour pouvoir déclarer que cette maladie a été modifiée dans un sens favorable ou non. Pour satisfaire à la première de ces conditions, le docteur Polli a institué une première série d'expériences, qui démontrent la parfaite innocuité des sulfites et des hyposulfites administrés jusqu'à la dose de 15 grammes par jour, et cela pendant plusieurs jours consécutifs. On verra du reste par les tentatives faites dans différentes maladies que cette même dose a été parfaitement tolérée par les malades.

Le docteur Polli a donc soumis des chiens à l'usage de ce sel et a pu constater qu'un chien de moyenne taille peut ingérer en un jour 15 grammes de sulfite de soude de potasse ou de magnésie et manger comme à l'ordinaire, sans qu'il se produise de vomissement ou de dérangement d'entrailles, sans même qu'on puisse constater le moindre trouble dans sa santé. On peut même continuer l'usage de ces sels sans plus d'inconvénient, pendant dix à quinze jours, à la dose de 4, 6 à 10 grammes. De ces différents sels, celui qui semble être le mieux toléré, c'est le sulfite de chaux, dont on a pu donner en une seule fois 15 grammes dans des morceaux de chair crue, sans que le chien donnât le signe d'aucune souffrance. Pour s'assurer de la parfaite tolérance de ces préparations et l'intégrité des organes, le professeur Polli a ouvert les animaux à plusieurs époques du traitement, et toujours il a constaté que la muqueuse intestinale restait parfaitement normale. Tout au plus a-t-on trouvé que la muqueuse était un peu injectée aux endroits où l'on trouvait des morceaux de chair contenant des sulfites qui n'avaient pas encore été digérés.

Voici le résumé de cette première série d'expériences.

Sulfite de soude. — *Exp. I.* Un chien, du poids de 8 kilogrammes prend, pendant quatre jours, 6 grammes de sulfite de soude chaque jour; pendant tout ce temps, il mange et se porte bien.

Exp. II. Un chien, du poids de 8 kilogrammes prend, pendant sept jours, 8 grammes de sulfite de soude par jour, divisés en

quatre doses. Le chien continue à rester en pleine santé pendant et après l'usage du sulfite de soude.

Exp. III. Un chien, du poids de 12 kilogrammes prend, pendant treize jours, 10 grammes de sulfite de soude par jour, en cinq doses. Il continue pendant ce temps à se porter très-bien, il n'a pas de diminution d'appétit ni de dérangement d'entrailles.

Sulfite de potasse. — *Exp. IV.* Un chien, du poids de 8 kilogrammes, prend 12 grammes de sulfite de potasse en trois jours, puis, pendant les deux jours qui suivent, il prend 15 grammes par jour en une seule dose. Malgré ce traitement, le chien continue à se bien porter. A ce moment, on l'ouvre et l'on ne trouve qu'une légère rougeur dans certains points de l'intestin grêle.

Sulfite de magnésie. — *Exp. V.* Un chien, du poids de 10 kilogrammes prend, pendant six jours, 6 grammes de sulfite de magnésie chaque jour et ne s'en porte pas moins bien. On l'ouvre et l'on ne lui trouve aucune trace d'irritation dans l'intestin.

Exp. VI. Un chien, du poids de 10 kilogrammes, prend 8 grammes de sulfite de magnésie par jour, en quatre doses. Ce chien reste bien portant, on analyse ses urines et l'on y trouve du sulfate et du sulfite de magnésie. On sacrifie l'animal, et l'on ne trouve dans ses intestins aucune trace d'irritation.

Exp. VII. Un chien, du poids de 12 kilogrammes, prend chaque jour 10 grammes de sulfite de magnésie, en cinq doses, pendant quinze jours. Ce chien continue à se bien porter, on cesse le médicament, on l'observe pendant un mois encore et l'on constate qu'il conserve une parfaite santé.

Sulfite de chaux. — *Exp. VIII.* Un chien de 10 kilogrammes prend, le premier jour, 6 grammes de sulfite de chaux, le second jour, 8 grammes, et le troisième jour, 15 grammes en une seule fois. Il continue à se bien porter. On l'ouvre et l'on trouve une injection superficielle de la muqueuse de l'intestin grêle. Dans le rectum il y a des scybales contenant du sulfite de chaux.

Hyposulfite de soude. — *Exp. IX.* Un chien de 7 kilogrammes prend, pendant cinq jours, 8 grammes d'hyposulfite de soude par jour, en quatre doses, et se porte bien. On suspend le remède pendant vingt-quatre heures et on le tue. A l'autopsie, on trouve les viscères dans leur état normal. L'urine contient du sulfate de soude.

Exp. X. Un chien de 6 kilogrammes prend, chaque jour, 10 grammes d'hyposulfite de soude, en cinq doses, et cela pendant dix jours. L'urine contient toujours beaucoup d'hyposulfite de soude, du sulfite et du sulfate. Le chien se porte parfaitement, soit pendant, soit après l'administration du sel.

Des expériences analogues ont été tentées sur l'homme et ont donné des résultats aussi satisfaisants. De même dans les différents cas où les sulfites ont été administrés comme moyens thérapeutiques, on n'a pas constaté, comme on pouvait s'y attendre, qu'il se fît des éructations de gaz sulfureux, ou que les malades rendissent par le bas des gaz de même nature; ce fait ne s'est présenté que

quand les sulfites avaient pour excipient une trop faible quantité de liquide. Pendant tout le temps de l'administration des sulfites la langue reste fraîche, les urines sont claires et se conservent longtemps à l'air, sans donner d'odeur ammoniacale.

Quant à l'action des sulfites sur les cadavres des animaux ou sur les produits retirés de ces animaux, elle s'est montrée telle qu'on l'attendait. Les cadavres des animaux traités par l'hyposulfite résistent à la putréfaction beaucoup plus longtemps que les autres, ce qui est tout à fait semblable à ce que nous voyons dans nos amphithéâtres de Paris. Du sang tiré à des animaux imprégnés de sulfite s'est conservé d'une manière remarquable. Du sang pris au commencement de novembre 1860 par le docteur Polli sur un chien qui, depuis cinq jours, prenait du sulfite de soude, ne donnait aucune odeur putride au bout de neuf jours de conservation à l'air libre, et du sang pris chez trois autres chiens traités également par les sulfites était réduit au bout d'un mois à un résidu squammeux noir, sec et parfaitement inodore.

Il était important de savoir ce que devenait le sulfite dans le corps de l'animal, par quelle voie il s'élimine et sous quel état. Le professeur Polli a fait à cet égard des expériences nombreuses dont voici le résultat. Les sulfites restent dans le corps à l'état de sulfite, et, plusieurs heures après l'ingestion, on les retrouve dans l'urine à l'état de sulfites, mais le lendemain les urines ne contiennent plus de sulfites et contiennent au contraire des sulfates. Les hyposulfites restent à l'état d'hyposulfites et sont éliminés de cette façon sans passer à l'état de sulfates.

Pour reconnaître les sulfites dans les urines, on se sert du réactif de Fordos et Gelis, c'est-à-dire qu'on met à profit cette propriété qu'ont les hyposulfites de décolorer instantanément la dissolution alcoolique d'iode ; on prend donc un papier azuré par l'iodure d'amidon très-délayé, il suffit de l'exposer à l'orifice d'un tube contenant de l'urine à examiner après avoir préalablement aciduIé la liqueur par de l'acide sulfurique. Si l'urine contient de l'hyposulfite, le papier se décolore.

B. *Action des sulfites sur des maladies provoquées expérimentalement.* — Persuadé que du pus introduit dans le sang ne détermine l'infection purulente qu'en faisant subir au sang une sorte de fermentation, le docteur Polli a introduit en même temps des hyposulfites pour arrêter cette fermentation.

Cette théorie sera discutée plus loin. Mais ce qui importe ici, c'est de savoir qu'elle est au juste le trouble apporté dans l'écono-

mie d'un chien par l'introduction du pus dans son système circulatoire et quelle modification peut y apporter l'emploi des sulfites.

2e Série. — Expériences avec le pus frais. — Selon le docteur Polli, l'injection de pus humain frais, à la dose de 2 à 4 grammes, dans les veines d'un chien de moyenne grandeur, c'est-à-dire du poids de 6 à 7 kilogrammes, détermine presque toujours au bout de peu de temps le vomissement et les selles. Le chien reste stupide, abattu, se couche sur le flanc, devient chagrin et refuse de boire et de manger. Il reste ainsi pendant deux ou trois jours. Si l'on n'a donné que 2 grammes, au bout de trois à quatre jours le chien commence à reprendre haleine, mange un peu, se remue avec moins de nonchalance, se réveille davantage, et, vers le huitième ou neuvième jour, il se montre déjà revenu assez pour qu'on puisse le dire convalescent. Alors la blessure faite pour pratiquer l'injection, qui d'abord s'élargissait et suppurait, se restreint, se dessèche et tend à la cicatrisation. Si l'on a donné 4 grammes de pus, le chien va chaque jour plus mal, présentant les symptômes d'une fièvre à forme typhoïde, il reste couché dans un état de somnolence et ne prend aucune nourriture, il a une diarrhée sanguinolente, la plaie de l'opération s'élargit, prend mauvais aspect, devient souvent gangréneuse et finit avec la mort, qui survient, en général, du cinquième au septième jour après l'opération. La dissection du cadavre montre dans le tube digestif un état de phlogose générale ; la muqueuse est tuméfiée, rouge, recouverte çà et là d'exsudation puriforme, d'autres fois elle est couverte d'ulcères rongeants, surtout au voisinage du pylore et du cœcum. Les poumons sont pleins de petits foyers ecchymotiques, le sang contenu dans les cavités droites du cœur est liquide et noir.

Si, à côté de cette description de l'introduction expérimentale du pus dans les veines, nous plaçons le résumé des expériences du professeur Polli, nous trouvons en effet que ces expériences concordent assez bien avec les résultats qu'il annonce, et, de plus, que l'emploi des sulfites semble retarder notablement l'époque de la mort ou diminuer les symptômes de l'infection purulente. Nous y joignons deux autres expériences du docteur Burgraeve qui concordent tout à fait avec les précédentes.

Exp. XI et XII. On prend d'abord un chien, du poids de 8 kilogrammes, qui n'a subi aucun traitement, on lui injecte dans les veines 1 gramme de pus frais, et deux jours après on recommence la même injection de 1 gramme de pus. Au bout de dix jours d'une fièvre à forme typhoïde, le chien meurt avec un sphacèle gangré-

neux dans la partie opérée et une gastro-entérite avec ulcération des intestins.

En même temps on prend un autre chien, du poids de 4 kilogrammes, et auquel depuis cinq jours on a donné 20 grammes de sulfite de soude. On fait à ce chien deux injections avec le même pus, à la même dose et de la même manière. On continue l'administration du sulfite de soude pendant et après les injections, de même dans les cinq jours qui suivent, le chien prend 10 autres grammes. Ce chien supporte bien l'injection et ne donne aucun signe de maladie.

Exp. XIII et XIV. A un chien de 5 kilogrammes, qui n'a pris aucun remède, on injecte dans les veines 3 grammes de pus. Le chien meurt cinq heures après l'opération. On trouve à l'autopsie de la pneumonie et de l'entérite.

On prend un autre chien, du poids de 9 kilogrammes, auquel on a donné depuis trois jours 18 grammes de sulfite de soude. On lui injecte le même jour 4 grammes du pus de l'expérience précédente. Puis, dans les deux jours qui suivent, on donne encore 10 grammes de sulfite de soude et l'on abandonne le chien à lui-même. Le chien reste pendant dix jours en pleine santé, puis il commence à ne plus boire, devient somnolent, et deux jours plus tard il se fait par la plaie une hémorrhagie abondante qui emporte l'animal. A l'autopsie on trouve de l'entérite et du mélæna dans le rectum.

Exp. XV et XVI [1]. Le 2 juin 1862, mise en expérience de deux chiens. A l'un, jusqu'au 10 juin, on donne chaque jour 3 grammes de sulfite de magnésie dans 100 grammes d'eau. A l'autre, on ne donne rien que le régime ordinaire. Après cinq jours, la présence du sulfite dans l'urine du premier chien est manifeste. Le 10 juin, on dénude la veine crurale et l'on injecte du pus chez les deux chiens (la quantité du pus n'est pas indiquée). Celui des deux chiens qui n'a pas été sulfité succombe immédiatement après l'injection, au milieu de convulsions tétaniques. Autopsie immédiate : nombreuses ecchymoses dans les poumons, bronches remplies d'une écume à petites bulles ; nombreux globules purulents dans le sang du ventricule droit.

Le chien sulfité a la respiration très-haletante et saccadée, 93 respirations par minute; l'animal est très-abattu et frissonnant. Au bout de quelque temps la réaction a lieu et la respiration diminue en vitesse. Les 11, 12, 13, 14 juin, l'animal reste couché et refuse toute nourriture, il a les yeux larmoyants et semble d'une maigreur extrême, le pouls est petit et accéléré, la respiration est gênée, il y a des frissons irréguliers. Le 15 juin, l'animal succombe. Autopsie : vaste clapier au pli de l'aine du côté gauche, mais limité à la paroi abdominale. Péritoine intact, veines saines, foie bleuâtre,

---

[1] Les Exp. XI à XIV appartiennent au docteur Polli, *loc. cit.*

Les Exp. XV et XVI au docteur Burgraeve (*Bulletin acad. méd. de Bruxelles*, 1862, p. 337).

rate engouée, portion vertébrale des poumons fortement ecchymosée, hépatisation rouge, liquide exprimé des plaques ecchymotiques laissant voir au microscope de nombreux globules purulents, nombreux globules de pus dans le sang du ventricule droit.

Dans cette seconde série d'épreuves qui comprend six expériences groupées en trois couples, on a eu soin de faire chaque fois l'épreuve et la contre-épreuve. Un des deux chiens ne prenait rien, l'autre subissait un traitement par les sulfites, et l'on voit par le tableau qui suit que les sulfites on retardé la mort ou même ont fait disparaître toute trace de maladie.

Numéros de l'expérience.	Poids du chien.	Quantité de sulfite par jour avant l'expér.	Nombre de jours d'administration du sulfite.	Quantité de pus injectée.	Quantité de sulfite par jour donnée après.	Nombre de jours de cette 2e administr. du sulfite.	RÉSULTAT.
XI	8	0	0	2 en 2 fois.	»	»	Mort en 10 jours.
XII	4	4	5		2	5	Pas de signes de maladies.
XIII	5	»	»	3	»	»	Mort 5 heures après.
XIV	9	6	3	4	5	2	Mort d'hémorrhagie au bout de dix jours.
XV	»	»	»	Pas indiquée	»	»	Mort immédiate.
XVI	»	3	8		»	»	Mort en 5 jours.

Ce premier essai donnait gain de cause aux sulfites. Mais le professeur Polli, soupçonnant que l'état de putréfaction du pus pourrait modifier les résultats, fit une troisième série d'épreuves dans laquelle on fit d'abord la comparaison des effets de l'introduction du pus frais et du pus putréfié. Il fut facile de voir dès l'abord que les phénomènes produits chez l'animal étaient d'autant plus graves que le pus avait été retiré depuis plus de temps.

3e Série. — Expériences avec du pus putréfié. — *Exp. XVII et XVIII.* A un chien du poids de 4 kilogrammes on injecte dans la fémorale 4 grammes de pus qu'on vient de retirer au même moment d'un abcès iliaque d'un malade. Après quelques jours de malaise, le chien reprend sa santé, en sorte que dix jours après l'injection il est parfaitement guéri.

Au même chien de l'expérience précédente, et en pleine santé, on injecte 4 grammes d'un vieux pus putride. Le chien meurt au bout de trois jours. A l'autopsie, on trouve de la pneumonie granuleuse et un sphacèle dans la partie qui a été opérée.

Exp. XIX et XX. A un chien de 4 kilogrammes on injecte 3 grammes de pus frais. Le chien, au bout de quelques jours, se rétablit dans sa santé première. Douze jours après, on reprend le même chien, qui est en pleine santé, et on lui injecte 3 grammes

de pus pourri ; trente heures après l'injection il meurt. Poumons congestionnés et pleins de granulations blanches ; la muqueuse du rectum est injectée par points, la plaie est gangréneuse.

Il était donc déjà établi que le pus frais donnait lieu à des symptômes graves, mais que les sulfites pouvaient avoir sur la marche de cette inflection une influence favorable. Mais la gravité des phénomènes augmentant singulièrement avec l'état de putréfaction du pus, il devenait nécessaire de faire de nouvelles expériences pour voir si les sulfites auraient encore de l'action.

Une première tentative faite sur deux chiens, dont l'un prend 10 grammes de sulfite en cinq jours, montre un bel exemple de l'efficacité des sulfites, puis, pour prouver que ce chien n'a réellement résisté que par l'emploi des sulfites, on le soumet lui-même à une injection de pus sans traitement préservatif, et il meurt. Je le rapporte en entier.

Exp. XXI, XXII et XXIII. A un chien du poids de 4 kilogrammes, je fais prendre, dans l'espace de cinq jours, 10 grammes de sulfite de soude, et le 17 novembre 1860, à trois heures après-midi, je lui injecte dans la veine fémorale gauche 1 gramme de pus. Ce pus dense et putride avait été rendu par un abcès du dos d'un vieillard. Je l'allonge chaque fois avec un volume d'eau égal au sien pour le rendre plus coulant et éviter ainsi la formation d'embolies. Le chien aussitôt après se montre lourd, se couche et refuse des aliments pendant tout le reste de la journée et de la nuit. Le lendemain il reprend sa bonne humeur et mange. On lui administre 2 grammes de sulfite de soude en deux doses. Le 19 on fait une nouvelle injection de pus dans la jugulaire droite, les même symptômes d'étourdissement se répètent les premiers jours qui suivent l'injection, mais ensuite le chien est mieux et se soumet régulièrement au régime de 2 grammes de sulfite de soude jusqu'au 23. Le chien se remet rapidement, reprend de la vivacité et de l'appétit. Les plaies de l'opération ont bel aspect, se ferment et marchent à la cicatrisation, de sorte que cinq jours après la nouvelle injection le chien est pleinement rétabli. Pendant cet intervalle, l'état général est bon et ne donne que peu de signes de maladie.

Les 17 et 19 on a injecté des doses égales du même pus dans les veines fémorales d'un autre chien plus robuste que le précédent, et du poids de 8 kilogrammes, mais auquel on n'avait donné aucun médicament ni avant ni après l'injection. Les opérations ont été très-heureuses, car le chien n'a pas souffert. Après la première injection, le chien reste lourd et mal entrain, mais le jour suivant il prend un peu de vivacité et mange. Après la deuxième, il paraît très-abattu et il a bientôt de la diarrhée. Le lendemain il reste couché et somnolent et refuse toute nourriture. Les pulsations du cœur sont faibles et rapides, 140, la respiration est accélérée, 24 par minute. Les autres jours son état va en s'empirant.

Il a de la faiblesse, du sopor, il se sent mal, est forcé de se coucher. S'il veut se lever il trébuche et tombe. Les plaies s'élargissent et deviennent livides, sanieuses, le pied et la jambe droite se gonflent. L'état typhoïde continue, la plaie devient gangréneuse, le chien meurt dix jours après la deuxième injection. A l'autopsie, poumons normaux, foie et cœur de même, muqueuse de l'estomac colorée en rouge vineux vers le pylore. Muqueuse du duodénum enflammée, on trouve de petits ulcères; l'un d'eux, plus grand que les autres, ayant 1 centimètre de diamètre, situé plus près du pylore, a des bords élevés et profonds, il a détruit toutes les tuniques de l'intestin moins le péritoine, qui, en ce point, est violacé. Le gros intestin contient une matière pulpeuse, rouge brune, et présente beaucoup de points de couleur ardoisée dont quelques-uns sont suppurés au centre.

Le chien de l'Expérience XXI, qui, sous la protection des sulfites, a parfaitement supporté l'injection, se trouvant bien et ne prenant plus rien depuis cinq jours, est soumis à une nouvelle expérience. Le docteur Polli lui fait une injection de 1 gramme de pus, et deux jours après en fait une semblable. Peu de minutes après la première injection le chien est abattu, vomit, a la diarrhée, et reste couché toute la journée. Le lendemain, il reprend un peu de forces, mais après la seconde injection il s'affaiblit considérablement et reste couché jusqu'au jour suivant, où il prend un peu de nourriture. Le jour d'après, le chien qui, jusque-là avait été très-vif, paraît abattu, il reste couché, mange peu et de mauvaise grâce, il boit au contraire beaucoup, et quand il cherche à se lever il trébuche. La plaie s'élargit, devient sanieuse et fétide. Après six jours d'une maladie de forme typhoïde, il se relève peu à peu et recommence à manger. La plaie se remplit et se cicatrise, et le douzième jour après la seconde injection il peut être considéré comme guéri. A cette époque, on le tue et l'on trouve l'intestin avec des traces de phlogose et de l'injection. Il y a des arborisations dans le duodénum et le reste de l'intestin grêle. Les autres viscères sont sains.

Après cet essai satisfaisant on varie l'expérience pour voir quelle est la dose de sulfite nécessaire. Deux chiens reçoivent, l'un 3 grammes de pus pourri en une seule fois, et l'autre 6 grammes en deux fois; tous deux meurent avec des symptômes typhoïdes; un troisième, traité par le sulfite, mais à la dose de 4 grammes seulement en trois jours, et recevant 3 grammes du même pus que les deux autres, meurt trente heures après l'injection. On suppose dans ce cas, et je partage l'avis du professeur Polli, que ce chien ne meurt que parce que la dose du sulfite a été trop faible.

Exp. XXIV. A un chien du poids de 5 kilogrammes, on fait prendre en huit jours 21 grammes de sulfite de soude, alors on injecte 3 grammes de pus pourri, et deux jours après on fait une injection semblable. Ce chien meurt le lendemain de la deuxième injection. — A l'autopsie violente gastro-entérite.

Exp. XXV. A un chien du poids de 5 kilogrammes, qui en trois jours avait pris 4 grammes de sulfite de soude, on injecte 3 grammes de pus putréfié. Le chien meurt trente heures après l'injection. — A l'autopsie forte gastro-entérite.

Exp. XXVI. A un chien du poids de 4 kilogrammes, on injecte 3 grammes de pus pourri. Cinq jours après le chien meurt avec des symptômes typhoïdes et une gangrène de la plaie.

Le professeur Polli recommence donc la même expérience avec du sulfite donné à la dose de 15 à 20 grammes avant l'expérience. Quatre chiens servent à cette épreuve. Ceux qui ont été sulfités résistent beaucoup mieux à une dose de pus qui va à 2 et 3 grammes. Mais dans une cinquième injection, où l'on fait pénétrer 4 grammes de pus à la fois, le chien ne résiste plus, malgré le sulfite donné à la dose de 13 grammes, et meurt au bout de six jours. L'avantage des sulfites se montre donc encore de la manière la plus claire, alors qu'on emploie du pus pourri et qu'on en injecte la dose de 3 grammes à un chien.

Exp. XXVII. A un chien de 5 kilogrammes, on donne en trois jours 14 grammes de sulfite de soude, puis on lui injecte 3 grammes de pus putréfié, et on continue pendant six jours l'administration de 6 grammes de sulfite par jour. Après cinq jours de malaise sans sopor le chien se rétablit, et huit jours après l'injection, il est en pleine santé; sa plaie est cicatrisée.

Exp. XXVIII. A un chien du poids de 4 kilogrammes, on injecte 2 grammes du même pus employé dans l'expérience précédente et le même jour. Après l'opération, le chien refuse toute nourriture et devient somnolent, la plaie présente un aspect livide et ne guérit qu'au bout de dix jours de maladie.

Exp. XXIX. A un chien du poids de 6 kilogrammes, on fait prendre en trois jours 18 grammes de sulfite de soude, puis on lui injecte dans les veines 3 grammes de pus putréfié. Au bout de trois jours de malaise, mais sans somnolence, le chien commence à se remettre, si bien que le huitième jour après l'injection il est complétement convalescent.

Exp. XXX. A un chien du poids de 7 kilogrammes, qui n'a pris aucun remède, on injecte dans la fémorale 3 grammes de pus corrompu employé dans l'expérience précédente et le même jour. Le chien reste lourd et somnolent, il refuse de manger pendant cinq jours, la plaie de l'opération devient livide. Au bout de ce temps le chien commence à se rétablir. Ce n'est qu'au bout de quatorze jours que le chien peut être considéré comme guéri.

Exp. XXXI. Un chien du poids de 5 kilogrammes prend en

quatre jours 13 grammes d'hyposulfite de soude, puis on injecte dans sa fémorale 4 grammes de pus pourri. Le chien refuse toute nourriture, il devient somnolent et se plaint des flancs. Il meurt au bout de six jours. A l'autopsie, on trouve les poumons gorgés de sang noir, l'estomac et les intestins phlogosés et la plaie de l'opération gangréneuse.

Le professeur Polli tirait donc de là une première conclusion, c'est que les sulfites devaient être un médicament précieux à employer dans le cas d'injection purulente et de pyohémie. Nous verrons plus tard, dans la seconde partie de ce travail, si ces espérances ont été réalisées. Poursuivant ses recherches, le professeur Polli voulut tenter la même chose sur l'injection putride engendrée par des produits normaux putréfiés.

Il choisit le sang, et prit pour ses expériences du sang de bœuf défibriné par le battage et laissé à l'air pendant tout le mois de novembre 1860. Ce sang ne tarda pas à se putréfier, il avait au moment de son emploi une couleur violacée, une odeur extrêmement fétide, ammoniacale; mais au microscope on reconnaissait encore les globules rouges du sang, quoiqu'ils eussent subi cette déformation que Richardson a décrite comme propre au sang ammoniacal.

Si, au contraire, on prenait du sang frais et qu'on le traitât sous le champ du microscope par les sels sulfitiques, on trouvait qu'il s'y établissait une forte exosmose, au détriment des globules.

4e Série. — Expériences avec le sang putréfié. — Les désordres produits par l'injection de sang putréfié sont plus terribles encore que ceux que produit le pus. Sur huit chiens auxquels on a injecté de 1 à 2 grammes de sang putride, cinq sont morts dans un espace de temps qui a varié entre trois et douze heures, et cinq autres auxquels on a injecté de 3 à 8 grammes de sang, sont morts sans exception. Au contraire, chez les animaux traités à diverses doses par les sulfites, on trouve que sur onze expériences où l'on a injecté de 1 à 2 grammes de sang, il y a eu huit guérisons, et que chez les trois animaux morts, le sulfite n'a été donné que le dernier jour. En outre, dans la seconde série comprenant les six chiens auxquels on a injecté de 3 à 5 grammes de sang, après traitement plus ou moins énergique par les sulfites, il n'y a eu que quatre morts; deux chiens ont donc pu recevoir l'un 3 grammes et l'autre 4 grammes de sang putréfié et guérir. Si l'on fait le total, on trouve chez les chiens non sulfités dix morts sur treize, et chez les chiens sulfités sept morts sur dix-sept expériences.

Ces résultats favorables des sulfites se trouvent, du reste, déve-

loppés dans le résumé qui suit, résumé dans lequel on peut pourtant retrouver très-clairement toutes les précautions prises pour mettre les animaux dans des situations autant que possible identiques.

Il faut remarquer, en outre, que dans un certain nombre de cas de mort, les chiens n'avaient pris que de très-petites doses de sulfite, de 1 à 4 grammes par exemple dans les expériences XXXIII, XXXIV et XXXVI.

Exp. XXXII. A un chien du poids de 10 kilogrammes on injecte 5 grammes de sang de bœuf pourri. Le chien meurt au bout de douze heures, avec une très-violente gastro-entérite et des noyaux apoplectiques dans le poumon.

Exp. XXXIII. Un autre chien, du poids de 6 kilogrammes, prend, trois heures avant l'expérience, 3 grammes 1/2 d'hyposulfite de soude, on lui injecte 5 grammes de sang putride employé dans l'expérience précédente. Ce chien meurt vingt heures seulement après l'injection. On lui trouve une violente gastro-entérite, mais les poumons presque normaux.

Exp. XXXIV. A un chien du poids de 10 kilogrammes on injecte par la fémorale 5 grammes de sang putréfié, mêlé à 1 gramme d'hyposulfite de soude et dissous dans un peu d'eau. Le chien meurt au bout de douze heures environ de gastro-entérite et de pneumonie; mais ces lésions sont moins graves que dans l'expérience XXXII.

Exp. XXXV. A un chien de 6 kilogrammes on injecte 5 grammes de sang putride. Dix heures après environ le chien meurt avec des vomissements de sang. Toute la muqueuse gastro-entérique est fortement rougie, les poumons sont pleins d'ecchymoses.

Exp. XXXVI. A un chien du poids de 6 kilogrammes on donne en vingt-quatre heures 4 grammes d'hyposulfite de soude, puis on lui injecte 5 grammes de sang putride. Le chien vit dix jours. A l'autopsie, les poumons sont normaux, mais il y a une gastro-entérite passée à l'état purulent.

Ces résultats, bien que peu satisfaisants, montraient déjà qu'une faible dose de sulfite pouvait éloigner la mort. Le professeur Polli recommença donc immédiatement les mêmes recherches, mais en augmentant la dose du médicament, qui de 1 à 4 grammes fut portée à une dose variant de 6 à 40 grammes. En outre, à mesure qu'un chien résistait à une certaine dose de sang putride lorsqu'il prenait du sulfite, on renouvelait l'expérience sur le même animal sans préparation aucune, et il mourait alors presque fatalement, démontrant ainsi que la dose qu'il avait supportée l'aurait tué infailliblement sans l'usage des sulfites.

Exp. XXXVII. A un chien du poids de 8 kilogrammes on fait prendre dans les douze heures 6 grammes d'hyposulfite de soude, puis on lui injecte 4 grammes de sang putride. Après

deux jours d'un léger sopor et de malaise, le chien se rétablit en pleine santé.

Exp. XXXVIII. Au même chien de l'expérience précédente, déjà complétement rétabli, on injecte 2 grammes de sang putride sans l'avoir préparé par aucun remède. Le chien devient malade : sopor, inappétence, plaie livide ; ce n'est qu'au bout de six jours qu'il reprend sa vivacité, et peu de temps après il est guéri.

Exp. XXXIX. A un chien de 8 kilogrammes on fait prendre dans les quarante-huit dernières heures qui précèdent l'opération, 16 grammes d'hyposulfite de soude, puis on lui injecte 3 grammes de sang putride. Deux jours après, ce chien est convalescent, et trois jours plus tard, il est rétabli en pleine santé.

Exp. XL. A un chien du poids de 7 kilogrammes on injecte 3 grammes du même sang putride employé dans l'expérience précédente et le même jour. Au bout de quatre heures, le chien meurt. A l'autopsie, rougeur intense de toute la muqueuse gastro-entérique et foyers ecchymotiques dans les poumons.

Exp. L. A un chien de 7 kilogrammes on injecte 3 grammes du même sang putride. Au bout de cinq jours d'une affection de forme typhoïde, le chien meurt. A l'autopsie, rougeur intense de toute la muqueuse gastro-entérique ; ecchymoses suppurées dans les poumons.

Exp. LI. A un chien de 7 kilogrammes on injecte dans la fémorale 1 gramme de sang putride. Ce chien prend des symptômes de gastro-entérite qui durent seize jours, puis guérissent.

Exp. LII. A un chien de 6 kilogrammes on injecte 1 gramme du sang de l'expérience précédente, mais mélangé avec 3 grammes d'une solution saturée de bisulfite de soude. Le chien est indisposé pendant huit jours ; mais il n'a pas de coma, et il guérit.

Exp. LIII. A un chien de 5 kilogrammes on injecte 1 gramme du même sang putride, mêlé à 3 grammes de sulfite de soude neutre en solution. Le chien reste légèrement malade pendant six jours, puis guérit.

Exp. LIV. A un chien de 7 kilogrammes on injecte par la fémorale 2 grammes de sang putride, et aussitôt après 4 grammes d'une solution saturée de bisulfite de soude. Le chien meurt au bout de dix heures avec les poumons légèrement congestionnés, mais avec une inflammation gastro-entérique très-intense.

Exp. LV. A un chien de 5 kilogrammes 1/2 on injecte par la fémorale 1 gramme 1/2 de sang humain pourri (extrait depuis deux mois environ). Au bout de huit heures, le chien meurt avec beaucoup d'ecchymoses dans les poumons et une violente gastro-entérite.

Exp. LVI. A un chien de 9 kilogrammes, auquel on a administré, dans les trente-six dernières heures, 14 grammes de sulfite de soude, on injecte 2 grammes du sang de l'expérience précédente. Au bout de quatre jours de malaise, le chien est guéri.

Exp. LVII. A un chien de 9 kilogrammes, auquel, dans les trente-six dernières heures qui précèdent l'expérience, on a fait prendre 14 grammes de sulfite de soude, on injecte dans la fémo-

rale 2 grammes du même sang putride et on en verse presque autant dans la plaie de l'opération. Le chien meurt au bout de dix heures avec de la congestion pulmonaire, le foie noir couvert de granulations blanches, et toute la muqueuse gastro-entérique couverte d'une couleur rouge livide.

Exp. LVIII. A un chien du poids de 6 kilogrammes, auquel, dans les quatre derniers jours, on a administré 40 grammes de sulfite de soude, on injecte 1 gramme 1/2 de sang putride dans la fémorale. Après trois jours d'indisposition, le chien reprend l'appétit et la vivacité, et le sixième jour, il est parfaitement convalescent. Le huitième jour il meurt d'hémorrhagie par sa blessure non encore cicatrisée.

Exp. LIX. A un chien de 7 kilogrammes on fait prendre, en quatre jours, 38 grammes d'hyposulfite de soude; puis on injecte 1 gramme 1/2 de sang putride dans la fémorale. Le troisième jour après l'injection, le chien commence à manger et se remet rapidement en pleine santé.

Exp. LX. Au chien précédent, parfaitement rétabli dans sa santé, on injecte, onze jours après, 1 gramme 1/2 de sang putride, de celui qui a servi dans l'expérience précédente; mais cette fois on ne fait pas de traitement préalable. Trois jours après l'injection, le chien meurt. La plaie est devenue gangréneuse; les poumons présentent des taches ecchymotiques; la muqueuse gastro-entérique est rouge violette et couverte d'un exsudat sanguin.

Exp. LXI. A un chien de 5 kilogrammes on injecte 1 seul gramme du sang putride employé dans les deux expériences précédentes. Le chien meurt au bout de six heures. Poumons congestionnés et ecchymotiques. Toute la muqueuse gastro-entérique est de couleur violette.

Exp. LXII. A un chien de 6 kilogrammes on injecte 1 gramme 1/2 de sang putride, extrait depuis trois mois. Au bout de trois heures, le chien meurt.

Autopsie. Poumons congestionnés avec taches ecchymotiques et coloration verdâtre. Toute la muqueuse gastro-entérique est teinte en rouge vineux.

Exp. LXIII. A un chien de 8 kilogrammes, auquel, dans les six dernières heures, on a administré 16 grammes de sulfite de soude, on injecte 1 gramme 1/2 du même sang de l'expérience LVIII. Le chien meurt en dix heures. Poumons congestionnés ecchymotiques. Gastro-entérite violente.

Exp. LXIV. A un chien de 6 kilogrammes, qui a pris dans les trente-six dernières heures 10 grammes d'hyposulfite de soude, on injecte 1 gramme 1/2 de même sang putride. Le chien meurt au bout de vingt heures. Poumons congestionnés et ecchymotiques, mais moins que dans les cas précédents. Muqueuse gastro-entérique rouge cuivrée, mais moins altérée dans le jéjunum, qui est presque normal.

Exp. LXV. A un chien du poids de 8 kilogrammes, on injecte par la fémorale 8 grammes de sang putride; au bout de deux jours il meurt tout gonflé, avec une gangrène de sa plaie.

Exp. LXVI. A un chien de 5 kilogrammes on injecte 1 gramme du sang putride de l'expérience précédente, et aussitôt après, 1 gramme 1/2 de sulfite de soude neutre dissous dans 5 grammes d'eau. Une demi-heure après, on donne un clystère formé d'une solution de 2 grammes 1/2 de sulfite de soude dans 50 grammes d'eau. Au bout de deux jours, le chien recommence à manger, et peu de jours après il est parfaitement guéri.

Exp. LXVII. A un chien de 9 kilogrammes, auquel, dans les trente-six dernières heures, on a administré 20 grammes de sulfite de soude, on injecte 2 grammes de sang putride. Au bout de deux jours le chien recommence à manger et reprend sa vivacité, si bien qu'au sixième jour après l'injection, il est parfaitement rétabli.

Exp. LXVIII. Au chien de l'expérience précédente, neuf jours après, alors qu'on le trouve bien portant, on recommence une injection de 2 grammes du même sang, mais sans faire prendre aucun médicament. Le chien devient gravement malade. Pendant cinq jours il reste dans le coma sans prendre de nourriture. La plaie devient livide et suppure. Ce n'est que onze jours après l'injection qu'il entre en convalescence.

Exp. LXIX. A un chien de 4 kilogrammes 1/2, on injecte 1 gramme du sang putride employé dans les deux expériences précédentes. Le chien meurt douze heures après l'injection. A l'autopsie, poumons livides avec des taches ecchymotiques. Muqueuse gastro-entérique de couleur rouge cuivrée.

Exp. LXX. A un chien de 8 kilogrammes, auquel, le matin, c'est à-dire quelques heures avant l'expérience, on a administré 6 grammes d'hyposulfite de soude, on injecte 1 gramme de sang putride. Deux jours après, le chien est en pleine convalescence.

Voici, du reste, un tableau qui pourra d'un seul coup d'œil faire apprécier les résultats obtenus :

EXPÉRIENCES DANS LESQUELLES ON A INJECTÉ DU SANG PUTRÉFIÉ SANS FAIRE DE TRAITEMENT.

Exp. LI,	chien de 7 kilog.,	on injecte	1 gr.	de sang putréfié,	guérison en 16 jours.
— LXIX,	— 4	—	—	1	—	mort en 12 heures.
— LXI,	— 5	—	—	1	—	mort en 6 heures.
— LV,	— 5	—	—	1,50	—	mort en 8 heures.
— LX,	— 7	—	—	1,50	—	mort en 3 heures.
— LXII,	— 6	—	—	1,50	—	mort en 3 heures.
— XXXVIII,	— 8	—	—	2	—	guérison en 6 jours.
— LXVIII,	— 9	—	—	2	—	guérison en 11 jours.
— XL,	— 7	—	—	3	—	mort en 4 heures.
— L,	— 7	—	—	3	—	mort en 5 jours.
— XXXV,	— 6	—	—	5	—	mort en 10 heures.
— XXXII,	— 10	—	—	5	—	mort en 12 heures.
— LXV,	— 8	—	—	8	—	mort en 2 jours.

13 expériences : 10 morts, 3 guérisons.

EXPÉRIENCES DANS LESQUELLES LE SANG PUTRÉFIÉ A ÉTÉ INJECTÉ APRÈS UN TRAITEMENT SULFITIQUE, OU MÉLANGÉ A UNE SOLUTION DE SULFITE.

Exp. LXX,	chien de 8 kg.	a pris 0 gr.	de sulfite en 6 heures, on injecte	1 gr.	de sang,	guér. en 2 jours.
— LII,	— 6	— 3	de sel sulfitique avec	1	—	guér. en 8 jours.
— LIII,	— 5	— 3	de sulfite avec	1	—	guér. en 6 jours.
— LXVI,	— 5	— 4	de sulfite après l'injection de	1	—	guér. en qq. j.
— LVIII,	— 6	— 40	— en 4 jours, on injecte	1,50	—	guér. au 6e jour
— LIX,	— 7	— 38	— en 4 — —	1,50	—	guér. en qq. j.
— LXIII,	— 8	— 16	— en 1 — —	1,50	—	mort en 10 hres.
— LXIV,	— 6	— 10	— en 1 — —	1,50	—	mort en 20 hres.
— LIV,	— 7	— 4	de solution en 1 jour, —	2	—	mort en 10 hres.
— LVI,	— 9	— 14	— en 1 j. 1/4 —	2	—	guér. en 4 jours.
— LXVII,	— 9	— 20	de sel en 1 j. 1/4, —	2	—	guér. en 1 jour.
— XXXIX,	— 8	— 10	— 2 jours, —	3	—	guér. en 3 jours.
— XXXVII,	— 8	— 6	— 1 jour, —	4	—	guér. en 2 jours.
— LXVII,	— 9	— 14	— 1 j. 1/4, —	2 + 2	—	mort en 10 hres.
— XXXIV,	— 10	— 1	— avec	5	—	mort en 12 hres.
— XXXIII,	— 6	— 3,50	— 1 jour, —	5	—	mort en 20 hres.
— XXXVI,	— 6	— 4	— 1 — —	5	—	mort en 10 jours

Total, 17 expériences : 7 morts, 10 guérisons.

Je ferai remarquer, en outre, que sur les sept chiens qui sont morts, quatre n'avaient pris que de 1 à 4 grammes de sulfite, ce qui était trop peu, et qu'un cinquième a subi deux opérations de suite (*exp. LXVII*), ce qui aggrave toujours les suites de semblables expériences.

On peut donc conclure de la façon la plus frappante que si l'on injecte dans les veines d'un chien une quantité de sang putréfié qui dépasse 2 grammes, il meurt fatalement ; et que si, au contraire, le chien mis en expérience a pris déjà, en un ou plusieurs jours une dose de sulfite, qui varie de 6 à 40 grammes, le chien peut échapper aux suites de l'opération et guérir parfaitement.

5e SÉRIE. — EXPÉRIENCES AVEC LE VIRUS MORVEUX.

Le professeur Polli, continuant ses recherches, et persuadé que la théorie de la fermentation explique non-seulement l'infection purulente et l'infection putride, mais encore les maladies virulentes, a tenté la même épreuve pour les sulfites. Il a pris de préférence, pour sujet de ses recherches, la morve, qui est une maladie virulente, que l'on inocule facilement aux animaux, et a tenté d'en arrêter le développement par l'administration préalable des sulfites. Mais ici, l'action des sulfites a été moins évidente.

Le choix de la morve pour inoculer des chiens ne paraît pas très-heureux ; il eût mieux valu, sans doute, inoculer des chevaux ou prendre le virus rabique si l'on voulait inoculer des chiens.

Toutefois, il résulte de ces expériences que l'inoculation du virus morveux est plus grave encore que celle du sang putréfié, car sur huit chiens auxquels on a injecté ou inoculé seulement 1/2 ou 1 gramme de mucus, et une seule fois 4 grammes, sept chiens sont morts. Il en a survécu un seul, pour lequel on n'a point indiqué la quantité de mucus donné; de plus, il était pourri, et peut-être n'agissait-il plus que comme du pus ordinaire. Chez les huit autres chiens soumis aux sulfites, il y a eu quatre guérisons, ce qui est encore un résultat favorable.

Exp. LXXI. A un chien de 10 kilogrammes on injecta 4 grammes de pus morveux, recueilli peu de jours auparavant dans les narines d'un cheval morveux et déjà devenu fétide. Le chien meurt au bout de cinq jours, après une maladie de forme typhoïde et avec toutes les extrémités goullées. Le cadavre présente des ulcères sous la langue et dans la bouche, un abcès au pied gauche. Le poumon a des taches noires; couleur rouge cuivrée et ardoisée de la muqueuse intestinale et surtout du rectum; sang noir exsudé dans les intestins.

Exp. LXXII. A un chien de 12 kilogrammes, préparé pendant trois jours avec 8 grammes de sulfite de magnésie par jour, on fait, le quatrième jour, une injection dans la fémorale avec la même quantité de mucus morveux et le même jour que l'injection précédente. Le chien ne paraît pas en souffrir et le lendemain il est gai et a de l'appétit comme auparavant. On continue le sulfite de magnésie à la dose de 8 grammes par jour pendant dix jours. Le chien continue à se bien porter, et deux mois après cette expérience il est en pleine santé

Exp LXXIII. A un chien de 4 kilogrammes, on injecte par la fémorale 1/2 gramme de mucus morveux frais. Le chien meurt au bout de vingt-quatre heures, avec des taches ecchymotiques dans le poumon et du sang fluide dans le cœur. Le foie et la rate sont de couleur rouge cuivrée; la muqueuse digestive est fortement rougie et recouverte d'une matière sanguinolente noirâtre.

Exp. LXXIV. A un chien de 4 kilogrammes on injecte 1/2 gramme de mucus morveux frais; puis on essaye de lui faire prendre du sulfite de soude. A peine peut-on lui en faire prendre 2 grammes par la bouche et 1 gramme en lavement. Le chien meurt au bout de trois jours. Le poumon droit est enflammé; il y a du pus répandu dans la cavité pleurale. Ramollissement ecchymotique et cavernes virulentes dans le poumon droit. Foie de couleur rouge noire. Sang noir et fluide dans les cavités du cœur.

Exp. LXXV. A un chien de 6 kilogrammes, auquel, dans les douze dernières heures, on a fait prendre 4 grammes d'hyposulfite de soude, on injecte 3 grammes de mucus morveux frais. Aussitôt après l'injection, on fait prendre dans des boulettes 2 autres grammes d'hyposulfite de soude, et pendant cinq jours, on lui fait ingérer 3 grammes de sulfite de magnésie par jour. Le chien survit

huit jours, avec les extrémités postérieures gonflées, et dans les derniers jours, comme paralysées. A l'autopsie, on trouve un petit pointillé noir dans le poumon. La muqueuse digestive est colorée en rouge vineux.

Exp. LXXVI. A un chien de 12 kilogrammes, on fait une plaie à la peau entre les épaules et l'on y place 1 gramme environ de mucus morveux frais, mais dilué. On ferme ensuite la plaie par des points de suture. Le chien va en s'émaciant, bien qu'il mange. Il se forme en différents points du corps des croûtes qui, en tombant, découvrent des plaies lardacées et purulentes. Le chien meurt dans le tabes vingt-six jours après l'inoculation. Les poumons sont pleins de noyaux ecchymotiques. Dans l'intestin et dans l'estomac, la muqueuse est rouge et couverte de sang exsudé.

Exp. LXXVII. A un chien de 9 kilogrammes on inocule dans une plaie, qui comprend la peau jusqu'au tissu cellulaire, 1 gramme de mucus morveux frais et dense. Le chien meurt au bout de vingt heures. Un phlegmon se développe autour de la plaie et s'étend à l'épaule et à l'extrémité droite. Ce phlegmon est plein de pus et de sérosité infiltrée. Taches noires dans le poumon. Sang noir exsudé dans l'intestin grêle.

Exp. LXXVIII. A un chien de 10 kilogrammes on inocule 1 gramme environ du pus de l'expérience précédente; puis on le soumet au traitement de l'hyposulfite de soude, dont on donne 6 grammes. Le chien vit sept jours. Un phlegmon s'étend au thorax et au membre correspondant, rempli d'une sanie grumeleuse. Poumons congestionnés avec de fines granulations blanches, qui se retrouvent à la superficie et dans le parenchyme du foie. Muqueuse de l'estomac et du duodénum rouge avec des tractus ecchymotiques. La muqueuse de l'intestin grêle est ardoisée, ainsi que celle du rectum. Sang noir répandu dans l'intestin.

Exp. LXXIX. A un chien de 12 kilogrammes on inocule 1 gramme environ de mucus morveux dense et frais. Au bout de trois jours et demi le chien meurt. Un phlegmon léger entoure la plaie. Les poumons ont des taches violettes et sont tout couverts de fines granulations blanches, qui se trouvent aussi dans le foie. Sang noir répandu dans l'estomac. Muqueuse de l'intestin rougie et couverte d'un liquide sanguinolent dense et noirâtre.

Exp. LXXX. A un chien de 15 kilogrammes, auquel on avait administré depuis trois jours 10 grammes de sulfite de soude par jour, on fait une inoculation tout à fait semblable à celle de l'expérience précédente et avec le même mucus. Il se fait un phlegmon autour de la plaie, et il s'amasse du pus qui s'ouvre une voie à l'extérieur par une contre-ouverture formée vers l'aisselle. Le chien reste vif et plein d'appétit. On lui fait prendre 8 grammes de sulfite de soude par jour, et l'on continue pendant vingt jours, dans l'espace desquels il guérit parfaitement. La plaie se sèche et se cicatrise. Une seule croûte reste au dos, six jours après l'inoculation, mais après sa chute, la peau sous-jacente se cicatrise.

La santé de ce chien, qui, pendant la cure, avait pris en tout

20 grammes de sulfite de soude, se maintint parfaite pendant deux mois, à la suite de l'expérience. A partir de cette époque, le chien commença à maigrir un peu, quoiqu'il prît toujours la même dose d'aliments. Des petites croûtes et des ulcères de nature morveuse apparurent sur la tête, sous les oreilles et sur les extrémités antérieures. On recommença l'administration du sulfite de soude, à la dose de 8 grammes par jour; au bout de quelques jours, presque toutes les lésions furent cicatrisées et le chien reprit de l'embonpoint. Il y a de cela plus de deux mois, et la guérison ne s'est pas démentie.

Exp. LXXXI. A un chien du poids de 10 kilogrammes on inocule du mucus morveux vieux et fétide, recueilli quatre mois auparavant dans les narines d'un cheval morveux. La plaie s'étend, devient fongueuse, purulente, et malgré les soins, elle est encore ouverte et sanieuse au douzième jour après l'inoculation, puis elle revient sur elle-même, et en peu de jours, elle se ferme, laissant une large cicatrice et des bords irradiés. Le chien est très-amaigri.

Exp. LXXXII. A un chien de 10 kilogrammes on fait le même jour la même opération qu'au chien précédent, et aussitôt après, on commence l'administration de 8 grammes d'hyposulfite de soude par jour. Le cinquième jour, les lèvres de la plaie se réunissent, la plaie se remplit et se ferme. Au dixième jour, elle est parfaitement cicatrisée. Le chien se porte bien, il doit avoir pris 80 grammes d'hyposulfite de soude.

Exp. LXXXIII. La même expérience est répétée en même temps sur un autre chien d'égale stature, et l'on administre du sulfite de soude au lieu d'hyposulfite. Ce chien prend en tout 160 grammes d'hyposulfite sans le moindre dérangement.

Exp. LXXXIV. A un chien de 12 kilogrammes on inocule 1 gramme de mucus morveux frais. Au bout de trente heures, il meurt. Un vaste phlegmon se forme avec des abcès sanieux autour de la plaie. Les poumons sont gorgés de sang. La muqueuse des intestins est rouge et couverte d'un mucus sanguinolent.

Exp. LXXXV. A un chien de 9 kilogrammes on fait une inoculation semblable à celle de l'expérience précédente. Le chien meurt au bout de trois jours avec un phlegmon dans l'épaule correspondant à la plaie et au foyer gangréneux.

Exp. LXXXVI. A un chien de 5 kilogrammes, auquel, dans les trois derniers jours, on a administré 20 grammes de sulfite de soude, on fait le même jour et avec le même mucus, la même inoculation que dans les deux expériences précédentes. On continue à administrer le sulfite de soude, à la dose de 6 grammes par jour. Le chien survit sept jours. Dans les six premiers, il se fait un petit phlegmon autour de la plaie, et le pus s'ouvre une voie vers l'aisselle. A cette époque, il est encore bien, mange ses rations, et sa plaie a bon aspect. — Autopsie : le poumon est hépatisé, la muqueuse

de l'estomac et des intestins est normale, on trouve, en outre, quelques flocons de matière mélanique dans le côlon et dans le rectum.

On voit donc que les sulfites peuvent avoir une action favorable sur l'économie, alors qu'il y est entré du pus du sang putréfié ou un virus, et quatre-vingt-six épreuves ou contre-épreuves conduites avec intelligence sont, pour asseoir cette vérité, un bagage respectable. J'ai tenu à les donner toutes, pour que le lecteur pût se convaincre par lui-même que lorsque les médecins italiens ont appliqué à des maladies si graves un médicament si inoffensif en apparence, leurs tentatives étaient scientifiquement motivées.

Nous allons voir, dans la seconde partie de ce travail, jusqu'à quel point leurs essais ont été suivis de succès ; mais avant tout, il faut accorder qu'ils étaient légitimes.

(*La fin prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'uréthrotomie interne.

(Discussion de la Société de chirurgie.)

Par M. P. Tillaux, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Un de nos plus savants chirurgiens militaires, M. le docteur Perrin, est venu lire devant la Société de chirurgie un mémoire fort bien fait, contenant ses observations personnelles d'uréthrotomie interne. Ce mémoire a suscité une discussion à laquelle ont pris part des membres très-autorisés de la Société, MM. Dolbeau, Guérin, Desormeaux, etc. Malheureusement cette question n'a pas été résumée, et elle ne pouvait pas l'être. Personne n'est venu dire : Voilà où en était la question en 1862, voici où elle en est en 1865, c'est qu'en effet, la question s'est peu modifiée, a même été fort peu éclairée pendant ces trois années. Un des orateurs, M. Voillemier, a pu dire qu'elle était restée à peu près stationnaire depuis le rapport de Robert, qui remonte déjà loin. Pour tenir néanmoins les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* au courant de cette importante question, nous allons passer en revue les opinions émises par la plupart des orateurs, et nous donnerons à la fin notre opinion personnelle.

M. Perrin a vaillamment combattu dans cette circonstance. Il prenait pour la première fois la parole au sein de la Société, et il a

conquis tout de suite une place très-élevée parmi ses membres. Un remarquable talent de parole et d'exposition, beaucoup de clarté et de logique dans les idées, une forme brillante et choisie, M. Perrin a montré qu'il avait tout cela ; nous en sommes très-heureux, nous qui ne connaissions jusqu'alors que ses éminentes qualités personnelles. Le premier discours de M. Perrin a été l'objet des attaques de M. Guérin, attaques vives, mordantes qui ne méritaient cependant pas d'être caractérisées du nom de persiflage. M. Perrin s'est hâté de relever un gant que ne lui avait pas ou que n'avait certes pas voulu lui jeter M. Guérin. Ce petit incident a été l'occasion d'un second discours où M. Perrin a mieux fait connaître ses idées ; c'est à celui-là que nous allons emprunter ce qu'il pense de l'uréthrotomie interne.

M. Perrin répond au reproche qu'on lui a fait d'être un partisan trop exclusif de l'uréthrotomie, et il dit : « Ma communication a pour but capital de faire entrer définitivement l'uréthrotomie interne dans le domaine de la chirurgie usuelle, et de déterminer, en m'appuyant sur votre expérience, à quelles justes proportions se réduit ce fantôme dont nous menacent les adversaires de cette opération. »

Au point de vue du traitement, il partage les rétrécissements en deux classes. Dans une première, il range tous ceux qui entravent, d'une façon permanente, l'écoulement de l'urine, et qui, par conséquent, s'accompagnent d'une rétention partielle et habituelle de ce liquide dans la vessie et dans les régions profondes de l'urèthre. Il n'a pas voulu parler, soit d'une gêne ou d'une suspension temporaire de la miction qui s'observent quelquefois même sans rétrécissement, soit d'une diminution dans le calibre du jet ou d'un changement de sa forme, mais des rétrécissements qui se laissent difficilement et irrégulièrement traverser par une bougie filiforme, qui s'accompagnent d'une pesanteur habituelle au bas-ventre, au périnée, et entretiennent la santé générale dans un état mauvais. Ils provoquent des envies très-fréquentes d'uriner, aussi fréquentes la nuit que le jour. Ils rendent les urines alcalines, catarrhales, comme tous les obstacles permanents. Dans ces cas, que tous les caractères se trouvent réunis, ou qu'il n'y en ait qu'un petit nombre, il conseille de recourir, le plus promptement possible, à l'instrument tranchant, parce que c'est dans de telles conditions que se déclarent, durant les longs tâtonnements de la bougie, ces complications du côté des reins, qui sont si graves, si insidieuses, et relativement si fréquentes. Il y ajoute aussi tous les rétrécissements

compliqués : que ces complications siégent du côté des reins, du côté de la vessie ou du côté des régions profondes du canal.

Quant aux malades qui, en y mettant seulement un peu plus de temps, un peu plus de soin, vident bien leur vessie, ce que l'on reconnnaît à l'état des urines et à la conservation d'une bonne santé, il les livre à la dilatation ; puis, s'il rencontre quelque écueil en route, de la fièvre, des accidents nerveux, etc., il change de méthode et a recours à l'uréthrotomie. Envisagée de cette façon, la question du traitement des rétrécis est plus pratique et elle offre, suivant l'orateur, plus de garantie au malade. Il la préfère à la distinction des rétrécissements en dilatables et en non dilatables qui, cependant, paraît avoir beaucoup de partisans. Il ne trouve pas cette dernière suffisamment précise; elle laissera le plus souvent le praticien dans l'embarras. Tous les écueils que rencontre l'emploi de la bougie seront-ils considérés comme des contre-indications? S'il faut faire un choix, quels sont ceux que l'on pourra négliger? Une première manifestation sera-t-elle suffisante pour autoriser à changer de méthode? etc. Il voit là beaucoup de points litigieux qu'il est utile de faire disparaître. Cette période d'essai, placée au début de tout traitement et livrée à l'appréciation arbitraire de chacun, n'a pas de graves inconvénients, quand les fonctions urinaires s'exécutent à peu près bien (ici, la durée du traitement est chose secondaire); mais il la trouve mauvaise quand il n'en est pas ainsi, parce qu'elle laisse le malade exposé aux dangers de la rétention partielle et habituelle des urines.

M. Perrin, recherchant la gravité de l'uréthrotomie interne, a eu recours aux statistiques. Voici celle qu'il a présentée :

MM. Sédillot	21 opérés,	1 mort.
Maisonneuve	66 —	3 —
Gosselin	16 —	1 —
Trélat	4 —	0 —
Demarquay	12 —	0 —
Boinet	5 —	0 —
Desormeaux	10 —	0 —
Reybard	14 —	0 —
Maurice Perrin	15 —	0 —
Totaux	163 opérés,	5 morts.

D'où une mortalité de 3 pour 100, chiffre évidemment très-minime quand on songe que l'opération ne s'attaque qu'aux cas graves. A ces résultats M. Perrin a opposé ceux obtenus par la dilatation. Il s'agit des résultats statistiques relevés à l'hôpital de Guy par le docteur

Bryant. Cette statistique résume l'histoire de 603 rétrécissements organiques de l'urèthre, parmi lesquels 565 ont été traités par la dilatation, 5 par l'uréthrotomie interne, et 33 par l'uréthrotomie externe. Le chiffre des morts a été de 36. « On peut, je pense, dit M. Perrin, m'accorder sans crainte d'erreur grave, que ces 36 morts se répartissent proportionnellement entre les deux méthodes de traitement employées. Calculez : sur 565 malades traités par la dilatation, 34 ont succombé. En France, sur plus de 200 malades traités par l'uréthrotomie, il n'y a eu que 5 morts. Par conséquent, la moyenne de mortalité fournie par la dilatation a été de 6 pour 100, tandis que la moyenne de mortalité de l'uréthrotomie n'a été que de 2 1/2, c'est-à-dire moins de la moitié. Je pense qu'on ne récusera pas l'enseignement qui découle d'une aussi vaste expérimentation. Si quelques observations étaient permises, elles seraient encore favorables à l'uréthrotomie, puisque, en général, elle n'a été employée que dans les cas les plus difficiles, les plus compliqués et, par conséquent, les plus propres à compromettre sa cause. »

M. Perrin emploie de préférence l'incision d'avant en arrière, et il se sert de l'instrument de M. Maisonneuve.

Un point capital dans la pratique de M. Perrin, c'est l'abstention absolue de tout traitement consécutif ; ses malades opérés, il les abandonne à eux-mêmes, ne les soumet pas à une dilatation ultérieure, et il en appelle aux faits, à l'expérience pour démontrer de quel côté est la vérité, car la plupart de ses collègues sont d'un avis absolument opposé.

M. Perrin est donc un partisan convaincu de l'uréthrotomie interne. Il ne la considère pas comme méthode générale de traitement, mais peu s'en faut. Dans tous les cas, ce n'est pas plus pour lui un adjuvant de la dilatation que la taille n'est un adjuvant de la lithotritie ; ce sont deux modes de traitement distincts, qui s'appliquent à des cas différents. Mais, disons-le, c'est précisément la différence des cas, ce sont les indications de l'opération que les chirurgiens ne comprennent pas tous de la même manière.

M. Dolbeau est, lui aussi, un partisan de l'uréthrotomie interne, mais moins enthousiaste que M. Perrin. Il a formulé des conclusions qui sont beaucoup plus en rapport avec l'opinion de la plupart des chirurgiens que celles de M. Perrin.

Voici ces conclusions très-nettes et très-précises :

1° L'uréthrotomie ne doit pas être repoussée d'une manière systématique, puisque cette opération permet de guérir certains ré-

trécissements, en présence desquels la dilatation serait aussi impuissante que dangereuse.

2° L'uréthrotomie, étant absolument plus grave comme opération, ne doit pas être substituée à la dilatation comme méthode générale de traitement.

3° L'uréthrotomie ne procurant peut-être jamais de cure radicale, il est sage de maintenir les résultats obtenus en employant la dilatation consécutivement à la section de l'obstacle.

4° L'uréthrotomie n'étant indiquée que lorsque la dilatation est demeurée insuffisante, la section de l'urèthre doit être considérée comme une opération exceptionnelle venant en aide à la dilatation, sans laquelle l'indication ne saurait être justifiée, pas plus que les résultats ne pourraient être maintenus.

5° L'uréthrotomie pratiquée d'avant en arrière peut constituer une opération d'urgence parfaitement apte à remédier à la rétention d'urine consécutive à un rétrécissement de l'urèthre.

Suivant en cela la conduite de M. Civiale, M. Dolbeau préfère l'incision d'arrière en avant dans la grande majorité des cas.

A l'appui de sa pratique, M. Dolbeau expose le résumé de huit nouvelles opérations que le lecteur ne lira pas sans intérêt ni sans utilité.

Premier fait. — Un homme de cinquante-six ans souffre en urinant depuis plusieurs années. Toute la portion spongieuse de l'urèthre est rétrécie dans son calibre, en même temps le canal a subi une sorte de rétraction en masse d'avant en arrière. Une bougie de 2 millimètres est fortement serrée. On commence la dilatation, mais il est impossible d'aller au delà de 4 millimètres. Les accidents continuant, je pratique l'uréthrotomie dans toute l'étendue de la portion spongieuse, y compris le méat. (Section d'arrière en avant.) Immédiatement on peut placer une sonde de 7 millimètres. Les suites furent simples, mais en poursuivant la dilatation avec les bougies d'étain, j'ai constaté l'existence d'un petit calcul qui a pu être détruit en deux séances de lithotritie.

L'opération remonte maintenant à deux ans, le malade ne souffre nullement, et l'urèthre a conservé sa perméabilité, grâce au cathétérisme pratiqué à des époques régulières.

Deuxième fait. — Homme de quarante-quatre ans, rétrécissement dur et ancien de la région du bulbe avec des accès de fièvre irréguliers. La dilatation est successivement portée de 1 à 4 millimètres 1/2. De nouveaux accès ne permettant pas d'aller au delà, je pratique l'uréthrotomie d'arrière en avant, et le malade quitte Paris après six semaines de traitement. Guérison.

Troisième fait. — Homme de vingt-deux ans, très-nerveux ; rétrécissement récent occasionnant des douleurs extrêmement vives. La dilatation exaspère la sensibilité du canal et provoque des accès fébriles. Uréthrotomie d'arrière en avant. Guérison.

Quatrième fait. — Homme de soixante-quatre ans opéré à l'Hôtel-Dieu en 1864. Rétrécissement ancien situé au niveau du bulbe; besoins fréquents d'uriner. Pseudo-rétention. Le cathétérisme provoque la fièvre avec des accès convulsifs. La dilatation abandonnée à 4 millimètres, je pratique l'uréthrotomie d'arrière en avant, ce qui permet de placer immédiatement une sonde de 7 millimètres. Guérison après un accès de fièvre.

Viennent maintenant les faits dans lesquels la rétention d'urine a été combattue par l'uréthrotomie d'avant en arrière. J'ai pratiqué anciennement cette opération avec succès chez trois malades. L'observation de l'un d'eux se trouve dans le *Bulletin de Thérapeutique*. Je présente ici le résumé de quatre nouvelles opérations.

Cinquième fait. — Jeune homme de vingt-sept ans; rétrécissement ancien, rétention complète après une nuit passée dans les excès. Les moyens ordinaires ayant échoué, je pratique l'uréthrotomie trente-quatre heures après le commencement des accidents. (Instrument de M. Charrière.) Immédiatement après, une grosse sonde est placée dans l'urèthre. Le malade eut un accès de fièvre, mais fut tellement soulagé, qu'il refusa de se soumettre à tout traitement consécutif. Je l'ai perdu de vue.

Sixième fait. — J'ai vu, il y a deux ans, avec M. Leroy d'Etiolles un jeune homme de vingt-deux ou vingt-trois ans, porteur d'un rétrécissement ancien et qui fut pris de rétention d'urine à la suite d'un long voyage; diverses tentatives restèrent sans succès. M. Leroy avait pensé à la ponction vésicale; j'ai pratiqué l'uréthrotomie d'avant en arrière, vingt-huit heures après le début de la rétention. Le soulagement fut immédiat. Le malade eut un accès de fièvre, malgré l'administration du sulfate de quinine; mais, à part cet accident, il a parfaitement guéri.

Septième fait. — Homme de quarante-quatre ans, soigné avec le docteur Chalvet. Rétrécissement très-ancien; altération profonde de la santé. Rétention incomplète depuis une semaine; tentatives infructueuses de cathétérisme. Frissons, infiltration urineuse de l'hypogastre et de la cuisse gauche; uréthrotomie d'avant en arrière; sonde à demeure de 7 millimètres laissée pendant trois semaines. Incisions multiples contre la gangrène urineuse; guérison complète, avec retour à une santé parfaite.

Huitième fait. — Homme de quarante ans ; rétrécissement ancien au niveau du bulbe. Rétention méconnue, infiltration dans le scrotum. Uréthrotomie d'avant en arrière, sonde à demeure. Guérison sans gangrène des bourses. Rétablissement du canal, grâce à la dilatation consécutive.

Quoique M. Guérin se soit montré très-hostile aux opinions émises par M. Perrin, qu'il ait critiqué sévèrement les fait énoncés par l'agrégé du Val-de-Grâce, il ne faut pas croire qu'il repousse en principe cette opération.

Je ne repousse pas, dit-il, l'uréthrotomie interne. Je la pratique depuis longtemps, et demain encore je dois la pratiquer, mais je n'y ai pas recours aveuglément et indistinctement.

Je dilate par les bougies, tant que cela est possible, et mes malades s'en trouvent bien. Quand un rétrécissement est réfractaire à la dilatation, je l'incise, et, en agissant ainsi, je fais comme la plupart de nos collègues, sans y avoir été poussé par les mémoires que l'on a lus récemment devant la Société. Je pratique encore l'uréthrotomie quand le cathétérisme produit des frissons semblables à ceux de la fièvre intermittente, car alors la dilatation est dangereuse.

M. Guérin a ensuite rappelé ses intéressants travaux sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre et en a tiré des conséquences au point de vue de l'opération qui leur convient.

On croyait, il n'y a pas longtemps, que la membrane muqueuse de l'urèthre était le siége des rétrécissements. J'ai démontré, dit-il, il y a une douzaine d'années, dans un travail inséré dans les mémoires de la Société, que cette membrane reste saine dans les rétrécissements simples qui ne sont pas de cause traumatique, et je suis de plus en plus convaincu que jamais une membrane muqueuse n'est le siége d'un rétrécissement. Vous avez tous cautérisé la conjonctive dans les cas d'ectropion, avez-vous jamais produit la rétraction de cette membrane? La rétraction se fait uniquement dans le tissu fibreux sous-jacent à la membrane muqueuse, qui est alors serrée à sa périphérie comme une bourse l'est par un cordon. Pour l'urèthre, les rétrécissements prennent ordinairement leur origine dans les inflammations qui se propagent au tissu érectile dont ce conduit est entouré. Dans ces cas, la partie fibreuse de ce tissu se rétracte à la manière des aponévroses enflammées, et j'ai vu plus d'une fois le bulbe tout entier tellement induré, qu'il était imperméable au sang et criait sous le scalpel.

Suivant les opinions qui ont régné en anatomie pathologique, on a eu recours tantôt à des scarifications simples, tantôt à des inci-

sions profondes. On tend à prendre un moyen terme, aujourd'hui, pour tout concilier; malheureusement, les règles générales ne sont point admissibles pour tous les cas.

Quand il s'agit d'un rétrécissement superficiel, n'intéressant que la couche fibreuse la plus rapprochée de la membrane muqueuse, on peut espérer une guérison prompte, soit qu'on ait recours à la dilatation, soit que l'on pratique l'uréthrotomie superficielle.

Il n'en est plus de même pour les cas où le tissu caverneux de l'urèthre est complétement transformé en une masse fibreuse résistante. L'uréthrotomie interne peut bien encore diviser complétement cet anneau, qui s'oppose à la miction, mais c'est alors une opération entourée des plus grands dangers, parce qu'il est fort difficile de n'inciser que l'obstacle sans le dépasser. Je crois que, pour ces cas, il vaut mieux inciser de dehors en dedans. J'ai déjà eu l'occasion de pratiquer cette opération, et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Quant à l'uréthrotomie superficielle, elle est pour cette espèce de rétrécissement une méthode aussi irrationnelle que le serait la section de la moitié d'un tendon rétracté.

Enfin, je ne puis admettre que l'on incise l'urèthre sans avoir préalablement tenté la dilatation qui, alors même qu'elle est insuffisante, a l'avantage de distendre les tissus rétractés et d'en rendre la section plus facile; en agissant autrement on a, soyez-en sûrs, pratiqué plus d'une uréthrotomie pour des rétrécissements qui n'existaient pas. J'ai déjà, pour ma part, rencontré bien des malades que l'on croyait affectés de rétrécissement, parce que l'on n'avait pas pu les sonder avec de petites bougies dont la pointe, s'introduisant dans une valvule ou dans l'orifice d'une des nombreuses glandules de l'urèthre, se repliait sur elle-même et devenait impuissante à soulager le malade, tandis qu'avec une sonde métallique d'un fort calibre, on pénétrait facilement dans la vessie.

M. Voillemier s'est joint à M. Guérin pour critiquer M. Perrin. Il n'accepte pas sa statistique d'une façon absolue, il la croit trop belle; il insiste surtout beaucoup sur la nécessité d'introduire une sonde immédiatement après l'opération. D'accord en cela avec la plupart des chirurgiens, M. Voillemier pense que c'est pour ne pas avoir eu recours à cette précaution, que des accidents graves sont survenus consécutivement.

Deux fois, l'année dernière, à l'hôpital du Midi, j'ai pratiqué l'uréthrotomie interne, et j'ai eu un mort; dans ce cas, je n'avais pu introduire immédiatement une sonde; je partage à ce sujet complétement l'opinion de M. Voillemier.

Voici comment termine ce chirurgien :

« Le nombre des morts, quelque petit qu'il soit, me suffit à repousser l'uréthrotomie, tant qu'elle n'est pas indispensable. Ce qui ne m'empêchera jamais de la pratiquer quand elle sera nécessaire, le nombre des insuccès fût-il deux fois plus grand. »

La conduite de M. Demarquay ne diffère pas de celle de MM. Guérin et Voillemier.

M. Desormeaux pratique fréquemment l'uréthrotomie interne, mais il se sert d'un instrument spécial, l'*endoscope*, qui lui permet de voir le point à inciser. Les lecteurs du *Bulletin* se souviennent peut-être d'un compte rendu du livre que M. Desormeaux a publié récemment sur cet instrument et sur ses applications; aussi nous n'y insisterons pas aujourd'hui. Voici les conclusions de M. Desormeaux :

« Lorsque les rétrécissements sont fibreux ou inodulaires, l'uréthrotomie interne donne des résultats bien préférables à ceux de la dilatation.

« L'uréthrotomie externe sur un conducteur doit être réservée pour les cas de rétrécissement avec fistules compliqués de vastes décollements. L'uréthrotomie externe sans conducteur ne doit s'appliquer qu'aux cas où, par aucun autre moyen, on ne peut trouver l'orifice du rétrécissement.

« L'uréthrotomie interne, d'arrière en avant, a l'inconvénient de demander une longue préparation, dans les cas où elle peut être utile, et de donner des résultats moins complets que les méthodes suivantes.

« L'uréthrotomie d'avant en arrière n'a pas les mêmes inconvénients, elle peut être appliquée à des rétrécissements très-étroits, sans dilatation préalable, mais il y a encore des cas où elle demande une préparation longue et difficile.

« Enfin l'endoscope permet de saisir des indications qu'on ne peut trouver sans lui, et, dans certains cas, de décider l'opération à première vue, de choisir le point le plus favorable à l'incision et de l'inciser avec sûreté; mais c'est dans les cas où il est impossible de trouver le passage avec les bougies qu'il présente le plus d'avantage, car il donne alors le moyen de trouver l'orifice du rétrécissement et de l'inciser immédiatement. Il m'a déjà permis plusieurs fois d'éviter l'uréthrotomie externe sans conducteur; il en a été de même pour un des malades de M. le docteur Ebermann, et je crois pouvoir espérer qu'il la rendra extrêmement rare, ainsi que la ponction de la vessie. »

Nous voici arrivés à peu près à la fin de cette importante discussion ; il n'est pas possible, ainsi que nous le disions en commençant, de formuler des conclusions générales, car elle a mis au jour une somme d'opinions personnelles ; l'uréthrotomie interne n'est-elle pas en effet une opération nouvelle encore à l'étude ?

Il ressort néanmoins un fait qu'il faut consigner soigneusement. M. Voillemier a eu tort certainement quand il a dit que la question était à peu près là où l'avait laissée le rapport de Robert, en 1855 ; car qui donc, en 1865, a pris la parole pour repousser l'uréthrotomie interne d'une façon absolue? Tous ne sont-ils pas d'accord aujourd'hui que c'est une opération très-utile, indispensable dans certains cas? Nous nous souvenons avoir entendu quelques-uns de nos maîtres interdire formellement l'uréthrotomie, il y a quelques années. Nous avons donc fait un grand pas sous ce rapport. L'uréthrotomie interne est entrée dans la pratique journalière, c'est un fait évident. Les chirurgiens la pratiquent aujourd'hui sans craindre d'être taxés d'imprudence ou de témérité. C'est donc la question des indications et du procédé opératoire sur laquelle il s'agit de s'entendre. Là on a vu commencer quelque désaccord.

M. Follin nous paraît avoir bien résumé les indications par cette seule phrase : On pratiquera l'uréthrotomie toutes les fois que la dilatation sera impossible, soit que le malade ne puisse la supporter, soit que le canal résiste à son action.

Résumant notre pensée d'une façon concise, nous disons : Tout rétréeissement de l'urèthre apportant un trouble grave à la miction, et par conséquent à la santé générale, doit être dilaté. — Commencez avec les bougies ; si cela ne suffit pas, incisez. Nous rapprocherions volontiers cette formule de cette autre énoncée par M. Gosselin : Toute portion d'intestin sortie doit rentrer. Commencez par pratiquer le taxis ; s'il ne suffit pas, débridez.

Posée ainsi, la question est claire. Quoi qu'en ait dit M. Perrin, l'uréthrotomie interne est plus grave que la dilatation ; sa statistique ne concorde pas tout à fait avec celle que j'ai publiée en 1862 dans ma thèse pour l'agrégation. La dilatation est à l'incision du canal ce que le taxis est au débridement. Aucun chirurgien ne débridera avant d'essayer le taxis ; aucun chirurgien ne doit inciser le canal avant de tenter la dilatation.

Nous pensons qu'il est indispensable d'introduire immédiatement dans le canal une sonde à demeure, qu'il faut la laisser en place vingt-quatre à quarante-huit heures. A cette époque, il n'y a

plus d'inconvénient à l'enlever, pour ne plus introduire que des bougies destinées à maintenir le résultat obtenu.

Nous sommes donc tout à fait partisan du traitement consécutif, et nous croyons encore aujourd'hui, comme en 1862, que l'instrument de M. Maisonneuve est celui qu'il faut préférer dans la très-grande majorité des cas : exécution rapide et facile, incision suffisante, sont des qualités qui le distinguent à un haut degré.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur la préparation des dissolutions de sulfate de quinine destinées aux injections sous-cutanées.

Les travaux intéressants publiés par le *Bulletin de Thérapeutique* ont définitivement établi l'utilité des injections sous-cutanées de sulfate de quinine : quand elles n'auraient pas d'autre avantage que d'assurer l'absorption intégrale du médicament, elles resteraient dans la pratique médicale. Mon intention est de revenir brièvement sur un des points de la question, qui, pour avoir une importance secondaire, n'en mérite pas moins une étude attentive : je veux parler de la préparation d'une dissolution convenable de sulfate de quinine. Cette dissolution doit être suffisamment concentrée, aussi peu irritante que possible, et d'un titre connu. Il est indispensable qu'on puisse la préparer à l'avance et la conserver sans que son titre s'affaiblisse par une production de cristaux. Ne pouvant pas songer à la préparer avec le sulfate de quinine ordinaire des pharmacies, qui ne se dissout à la température ordinaire que dans sept à huit cents fois son poids d'eau, on a dû, suivant l'usage, augmenter sa solubilité par une addition d'acide. Les inconvénients de ce moyen, qui sont loin d'être nuls dans la préparation des dissolutions destinées aux usages ordinaires, se sont immédiatement fait sentir, et les savants expérimentateurs auxquels sont dues les publications les plus récentes et les plus concluantes sur les injections de sulfate de quinine, M. Pihan-Dufeillay et M. Dodeuil, se sont attachés à les écarter, le premier en n'employant que la quantité d'eau de Rabel strictement nécessaire, le second en substituant l'acide tartrique à l'acide sulfurique. Ces différents procédés sont parfaitement discutés dans le mémoire de M. Dodeuil, et on ne pourra certainement pas employer une dissolution meilleure que la sienne, tant que, suivant les errements ordinaires, on

cherchera à dissoudre le sulfate de quinine au moyen d'un excès d'acide libre, minéral ou organique, ajouté extemporanément; mais il y a, je crois, une petite réforme à faire dans la manière de formuler les préparations de quinine, et elle serait particulièrement utile dans le cas dont il s'agit.

Lorsqu'au sulfate de quinine ordinaire des pharmacies on ajoute une suffisante quantité d'acide sulfurique, on donne naissance à une combinaison nouvelle qui a été considérée tour à tour comme le véritable sulfate neutre et comme un sulfate acide. Cette dernière opinion prévaut aujourd'hui parmi les chimistes; mais quand même elle serait rejetée par la plupart d'entre eux, il ne conviendrait pas, selon moi, de changer les dénominations généralement adoptées et comprises. La nomenclature pharmaceutique a surtout besoin de stabilité, et nous employons journellement des termes vieillis, qui ont l'avantage de désigner sans ambiguïté un composé chimique déterminé (sous-carbonate de soude, oxyde blanc d'antimoine, etc.). Le sulfate acide de quinine cristallise très-facilement, et lorsqu'on l'a ainsi obtenu sous forme solide, il est aussi maniable que le sulfate ordinaire, tout en présentant des avantages qui devraient en généraliser l'emploi. En effet, d'une part, il ne s'effleurit pas à l'air libre, ce qui lui assure une grande constance de composition, et, de l'autre, il est soluble dans l'eau, sans addition, de sorte qu'en l'introduisant dans des pilules, on sera sûr de s'être mis dans les conditions d'une facile absorption, et en le prescrivant sous forme de solution ou de potion, on n'aura pas à craindre qu'une main *trop lourde* vienne douer la préparation d'une acidité peu agréable. La seule objection qu'on puisse faire à son emploi, c'est que le prix en est quelque peu plus élevé que celui du sulfate neutre, mais on peut être sûr qu'il s'abaissera rapidement dès que l'usage en deviendra plus fréquent. S'il était universellement employé, on devrait même espérer une diminution de prix considérable, car il est moins riche en quinine que le sulfate neutre. Aussi conviendra-t-il de le prescrire à dose plus élevée d'un quart: 1gr,25 de sulfate acide, par exemple, là où on aurait employé 1 gramme de sulfate neutre.

Lorsqu'on voudra s'en servir pour pratiquer des injections sous-cutanées, on devra le dissoudre dans le moins d'eau possible; or, il se dissout dans onze parties d'eau à 13 degrés et dans huit parties à 22 degrés. A la température de l'été, on pourrait donc préparer une dissolution au dixième, dont l'emploi serait très-commode, deux tours du piston de l'instrument (supposé jaugé avec exacti-

tude) [1] ou deux divisions de sa tige introduisant sous la peau un centigramme de sel. Mais pour ne pas s'exposer à voir le titre de la dissolution changer par la cristallisation du sel, il sera préférable de la diluer un peu plus. Les proportions suivantes me semblent pouvoir être adoptées :

Sulfate de quinine........................ 1 gramme.
Eau distillée.............................. 11gr,50.

Pulvérisez le sel, introduisez-le dans un flacon avec l'eau, et maintenez le tout dans un bain d'eau tiède, en agitant jusqu'à dissolution.

Le tableau suivant donne les quantités de cette dissolution correspondant aux diverses doses de sulfate de quinine à injecter. Ces quantités sont exprimées, suivant l'usage, en *gouttes* de cinq centigrammes et en nombres ronds.

13	gouttes	contiennent	5	centigrammes	de sel.
25	—	—	10	—	—
38	—	—	15	—	—
50	—	—	20	—	—
63	—	—	25	—	—

Dr Am. Vée.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, par M. le docteur Sédillot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg, correspondant de l'Institut, etc.; 3e édit.; J.-B. Baillière et fils.

Le livre que nous annonçons au lecteur en est à sa 3e édition : ce succès, par ces temps de pléthore typographique, pourrait nous dispenser de tout éloge. Expliquer les raisons de ce succès, ce sera en même temps donner au lecteur une idée sommaire de l'ouvrage.

De nos jours on écrit beaucoup, et chacun veut avoir fait son livre, ou pour faire connaître son nom, ou pour se créer, comme on dit, des titres. Il en résulte que ceux qui écrivent sont jeunes, riches, il est vrai, d'érudition, mais pauvres d'expérience. Autrefois il n'en était pas de même, et les Fernel, les Sydenham, les Paré

(1) On a déjà insisté avec raison sur la nécessité de vérifier l'exactitude des petites seringues à injections sous-cutanées livrées par le commerce ; ayant eu récemment occasion de jauger quatre de ces instruments, qui sortaient de trois maisons diverses, je n'en ai trouvé qu'un dont l'exactitude fût satisfaisante.

n'ont fait leurs livres qu'au sommet de leur vie, alors que de longues observations leur donnaient le droit de formuler leur expérience ; c'est ce cachet de haute autorité qui fait le caractère de l'ouvrage dont nous parlons. Le professeur de Strasbourg, après trente ans d'enseignement clinique à la tête de grands hôpitaux, après avoir attaché son nom aux questions les plus vitales de la chirurgie contemporaine, arrivé au point culminant de sa carrière, a acquis le droit de parler au nom de sa propre autorité et de juger celle d'autrui ; il lui est permis de se borner à enseigner *ce qui est*, sans encombrer son livre de toutes ces inutilités, dignes d'oubli, qu'un jeune auteur enregistre précieusement. Il en résulte que, sous un volume relativement restreint, la substance scientifique est compacte et serrée.

Et cependant l'auteur, qui a tiré tant de choses de son propre fonds, s'est fait une loi rigoureuse de faire la part à tout le monde et de n'oublier personne. C'est un noble exemple qu'il a donné à de grandes écoles qui semblent se faire une loi de ne connaître que ce qui se produit dans un certain périmètre. Non-seulement il a mis en relief les travaux de tant d'hommes éminents qui honorent la chirurgie dans la France entière, mais il a fait connaître à notre pays les noms et les travaux des chirurgiens étrangers les plus autorisés. Nous louerons encore l'auteur de la part légitime qu'il a faite à ses collègues de la Faculté de Strasbourg, en faisant ressortir d'une manière toute spéciale les travaux de MM. les professeurs Stœber sur l'ophthalmologie, Bœckel sur les résections, Herrgott et Kœberlé sur les fistules vésico-vaginales et l'ovariotomie.

Si, maintenant, nous pénétrons dans le corps même de l'ouvrage, un autre signe nous frappera : c'est le caractère synthétique de quelques chapitres. La chirurgie, scientifiquement plus jeune que la médecine, n'a atteint pour ainsi dire sa majorité que de notre temps. Composée jusque-là d'un ensemble de règles et de procédés, suffisants pour la casuistique individuelle, elle n'avait pu s'élever à cette synthèse philosophique qui constitue pour la médecine interne la pathologie générale. M. Sédillot est un de ceux qui ont le plus cherché et le mieux réussi à donner satisfaction à cette tendance de toute science à s'affirmer par des formules générales. L'essai déjà tenté dans les deux premières éditions s'est plus complétement réalisé dans la nouvelle. Ce n'est pas seulement un ouvrage qui comprend le manuel exact des opérations, mais on y trouvera beaucoup d'anatomie, de pathologie générale et de clinique ; l'auteur le signale lui-même, et il a raison ; car, sans ces notions élevées, la chi-

rurgie tomberait dans la mécanique. On méditera donc avec intérêt ces doctrines générales relatives à l'étranglement, à la rétention des liquides, aux états diathésiques, aux complications infectieuses, etc. Toutes ces questions dominent comme des points culminants tout le terrain de la chirurgie opératoire ; elles touchent même à la médecine proprement dite, et confondent, selon le vœu de l'auteur, deux parties de la science que l'étude peut scinder, mais que le praticien doit fusionner dans sa personne.

La nature et l'étendue de cet article ne comportent pas, on le comprend, une analyse ni même une indication de tous les chapitres contenus dans un ouvrage didactique. Nous croyons donner une idée approximative de sa valeur en mettant en relief quelques-unes des questions d'actualité (questions par conséquent controversées) traitées par l'auteur. Son opinion sur ces points a d'autant plus d'intérêt, qu'il a pris une part active et souvent prépondérante à leur évolution. Prenons pour exemple cette grande question des résections sous-périostées et de l'évidement des os : l'une et l'autre ont, comme on sait, pour but d'éviter l'amputation en régénérant l'os après la nécrose et la carie. Duhamel avait dit : « *Le périoste fait les os ;* » M. Flourens avait ajouté : « *Une nouvelle chirurgie est née, enlevez les os en conservant le périoste, et le périoste reproduira les os.* » La physiologie pouvait avoir raison, en principe, du moins partiellement, mais la clinique a répondu négativement : « Les os reproduits par les gaînes périostées, isolées et frappées le plus ordinairement d'inflammation suppurative, sont irréguliers, difformes, raccourcis, rudimentaires et insuffisants. » (Sédillot, préface, p. 8.) C'est de la matière osseuse, mais ce ne sont pas des os. Les exemples de succès publiés par MM. Larghi, Borelli, Aubert, Giraldès, etc., ont tous trait à des nécroses avec ostéite, où, selon l'auteur, l'extraction des séquestres eût été beaucoup moins grave, plus rationnelle et d'une réussite plus assurée. La chirurgie sous-périostée a été plus loin encore : M. Ollier (de Lyon) avait espéré reproduire le tissu osseux en transplantant, pour ainsi dire, le périoste pour refaire la voûte palatine ou les os propres du nez. M. Sédillot n'a pas craint de déclarer illusoires ces exemples de régénération osseuse, se fondant à la fois sur les lois de la pathologie, sur la pratique des autres chirurgiens et la sienne propre.

Dans les sciences les progrès s'enchaînent, et, si la pratique n'a pas sanctionné ce que la théorie promettait de la résection purement sous-périostée, celle-ci a amené, cependant, par une évolution naturelle, une autre découverte qui en est la fille légitime, c'est

l'évidement sous-périosté des os. Il consiste à ménager le périoste, à le laisser en contact avec l'os sous-jacent, dont on creuse et évide l'intérieur pour en détacher et extraire les parties malades, et n'en conserver que la couche périphérique si nécessaire et si utile comme moyen de sustentation et de reproduction. Cette hardie inspiration du maître de Strasbourg, suivie bientôt par les éminents chirurgiens de notre école, MM. Rigaud, Boeckel, Herrgott, sanctionnée par la pratique du savant chirurgien de Lyon M. le professeur Desgranges, a été si bien confirmée par l'expérience, qu'en 1860 l'auteur en avait déjà pu réunir près de soixante cas.

En effet, les indications sont nombreuses et faciles à prévoir : caries, ostéites, tubercules, tumeurs de toute espèce, nécroses, etc..., en sont tributaires. Les avantages sur les résections sous-périostées sautent aux yeux ; l'auteur fait un long et judicieux parallèle entre les deux méthodes ; le défaut d'espace nous force d'y renvoyer le lecteur. Du reste, l'opinion semble se faire rapidement sur ce point ; ce qui s'est dit au congrès de Lyon paraît le présager, et dans très-peu de temps probablement la méthode d'évidement dominera seule cette question de haute chirurgie.

La grande question des amputations immédiates ou tardives fournit encore à l'auteur un intéressant parallèle. Aux conclusions absolues des théoriciens des deux camps adverses, il oppose des objections fondées sur les nécessités de la pratique et la pression des circonstances. Sans doute, la statistique a prouvé que les amputations tardives, celles, surtout, qu'on pratique pour des maladies chroniques et sur des sujets affaiblis, fournissent des guérisons plus nombreuses. Mais la difficulté des transports et des pansements pendant la guerre, mais les accidents immédiats, compagnons inséparables de ces grands traumatismes, ne causent-ils pas une mortalité plus effrayante encore que l'amputation elle-même? L'auteur se prononce donc pour l'amputation immédiate avec ce léger tempérament : « au lieu d'opérer sur-le-champ les malades, nous attendons le moment où la douleur et l'étendue des lésions viennent leur démontrer que la perte de leur membre est leur dernière ressource comme leur seul moyen de soulagement ; » bien entendu avant toute manifestation inflammatoire ou gangréneuse. Si l'espace nous permettait de continuer cette analyse, nous voudrions nous attacher surtout aux nouveautés qui ont surgi depuis la dernière édition. L'auteur ne leur est pas défavorable en principe, « les exagérations de l'enthousiasme, dit-il, ne nous déplaisent pas, et quoique peu disposé à nous y laisser entraîner, nous

les trouvons excusables, mais nous avons dû reconnaître combien nos progrès sont lents et graduels, et avec quelle réserve il faut accepter les faits qui excitent le plus l'étonnement et l'admiration. »

C'est à la lumière de ces principes que l'auteur examine les sections sèches, l'écrasement linéaire, les amputations par diaclyse, la cautérisation en flèche, les pansements par occlusion, le drainage, les sutures métalliques, les aiguilles creuses, la galvano-caustique, la compression digitale, etc... Après avoir longuement exposé les procédés et discuté leur valeur pratique, il leur fait leur juste part pour des cas déterminés, pour des indications spéciales, en réduisant à des données limitées ce que chaque auteur veut naturellement faire passer pour une loi générale. C'est l'œuvre du praticien qui prend l'expérience pour juge.

C'est ce cachet particulier de l'expérience clinique qui caractérise partout sa description des procédés opératoires. L'auteur ne se borne pas aux exercices d'amphithéâtre, « les traumatismes et les lésions chroniques changent la forme, la consistance et souvent même les rapports des organes, et aucune des lumières de l'expérience ne doit être négligée pour parer aux difficultés. »

Disons, avant de terminer, qu'au point de vue de l'exécution matérielle, ce livre dépasse encore les éditions précédentes. Déjà en 1839, M. Sédillot avait donné l'exemple de figures multipliées dans le texte. Aujourd'hui, grâce aux procédés polychromiques de l'habile imprimeur M. Silbermann, on a fait colorier les artères et les veines dont les rapports sont d'une importance si capitale pour les ligatures. Ce perfectionnement est sans doute destiné à être imité.

Nous l'avons dit en commençant : ce n'est pas une analyse que nous offrons au lecteur, ce sont quelques *spécimens* qui lui permettront de juger une œuvre, où le jeune médecin trouvera un guide précis pour les exercices opératoires ; le praticien des conseils pour les cas difficiles, une solution pour les grands problèmes de la pathologie, des ressources variées pour toutes les éventualités de la clinique, une œuvre en un mot digne de la réputation de l'illustre chirurgien de l'école de Strasbourg. H...z.

BULLETIN DES HOPITAUX.

DIABÈTE AMÉLIORÉ PAR L'EXTRAIT DE VALÉRIANE ET LE NITRATE D'ARGENT. — Le 11 novembre, il est entré salle Saint-Bernard, n° 31 *bis*,

service de M. le professeur Trousseau, une femme de trente-deux ans, atteinte de diabète. Au premier examen, elle nous apprend que, depuis sa maladie, elle a extrêmement maigri, qu'elle a eu un évanouissement vers le 1er août; qu'elle ressent des démangeaisons très-vives à la région épigastrique, sur les bras, et que sa vue s'est affaiblie depuis deux mois. Elle boit *six* litres et urine beaucoup. On ne trouve chez elle aucun antécédent de famille. Son père est mort à soixante-douze ans, d'un catarrhe, sa mère, d'un accident. Ses urines pèsent 1047; chauffées avec la potasse, elles donnent une couleur acajou foncé. Avec le réactif de Frommherz, elles prennent une couleur jaune-serin. On la met à un régime réconfortant.

Le 25. Son état ne présentant pas d'amélioration notable, M. le professeur Trousseau prescrit 2 grammes d'extrait de valériane en huit pilules.

Le 26. Sous l'influence de cette médication, elle boit trois litres au lieu de quatre.

La malade dit que la valériane a calmé sa soif, et que depuis qu'elle suit cette médication, sa vue se rétablit.

Le 5 décembre. On la met à douze pilules et l'on continue quelques jours la même dose. Elle sent peu à peu les forces renaître et son embonpoint reparaître. La vue conserve son amélioration.

Le 12, on la met à 4 grammes, soit dix-huit pilules.

Le 13, elle ne boit plus que deux litres; les urines pèsent 1033; elle peut supporter des couvertures, tandis qu'auparavant leur contact lui occasionnait une si vive douleur, qu'elle se couchait souvent par terre. Le 26, on porte la dose de valériane à 5 grammes, afin d'empêcher la maladie de faire de nouveau des progrès; mais la malade est prise de coliques; perte d'appétit; chaleur à l'estomac; pouls plus fort et nausées.

Le 27. Elle a de la diarrhée, ce qui fait supprimer la valériane. Les urines pèsent 1041.

Le 28. On reprend la valériane à 2 grammes, et elle ne boit guère plus d'un litre.

Le 30. La soif ayant été plus vive, on donne 4 grammes; mais ce qui est à remarquer, c'est que la malade se sent soulagée toutes les fois qu'elle reprend de la valériane.

Le 8 janvier 1863. Elle boit cinq litres; on donne 5 grammes de valériane.

Le 11. On donne 6 grammes, 4 le jour et 2 la nuit.

A partir du 21 on cesse la valériane, à cause des maux de cœur,

Le 26. La soif commence à reprendre notre diabétique ; elle a de nouveau des faiblesses.

Le 29. Elle urine sept litres. Les urines pèsent 1032.

Le 30. 2 grammes d'extrait de valériane. On en augmente ensuite les doses jusqu'à 5 grammes.

Le 3 février. La malade souffre du ventre et de l'estomac ; elle éprouve une vive sensation de chaleur dans les mains. On ordonne *cinq gouttes* de laudanum, une goutte par gramme d'extrait de valériane. Le laudanum agit bien ; la malade dort tranquille et ne boit que trois litres.

Le 14. On est à six gouttes pour 6 grammes.

Le 24. On supprime la valériane, dont l'action n'est plus efficace.

Le 25. On ordonne trois pilules de nitrate d'argent de 0gr,01.

Le 2 mars. On ne donne plus que deux pilules, car depuis qu'elle prend le nitrate d'argent elle a perdu l'appétit et souffre dans tout le corps comme une personne courbaturée ; toutefois, elle ne boit que deux litres.

Le 3. Elle ne boit qu'un litre et en urine deux (les urines pèsent 1037) ; elle mange peu et sent dans son corps une forte chaleur. Il y a de la fréquence dans le pouls et de la constipation ; toutefois, la vue est bonne. On prescrit un lavement purgatif et on cesse les pilules.

Le 4. N'ayant pas pris de nitrate d'argent, elle boit un litre de plus.

Le 5. Elle prend une seule pilule et n'éprouve pas de douleurs du côté de l'estomac.

Le 19. La chaleur de la peau a presque entièrement disparu ; jamais, même lorsqu'elle prenait de la valériane, elle ne s'était sentie aussi bien.

Cette malade ayant quitté l'hôpital, l'observation est malheureusement incomplète ; elle prouve, cependant, l'efficacité de la médication employée.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Du sous-nitrate de bismuth contre les vomissements cholériques des enfants. La fréquence des cas de choléra infantile que l'on observe en ce moment, donne un intérêt d'actualité à un mémoire que M. Jardin, médecin à Connaux (Gard), a rédigé sur une épidémie de cholérine et de choléra chez les enfants, étudiée par lui en 1863. Ce

travail, que nous trouvons dans le *Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire*, contient, sur l'administration du sous-nitrate de bismuth, quelques détails qu'il nous paraît utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Le traitement du choléra des enfants est interne et externe; nous ne parlerons pas de ce dernier, qui consiste en frictions stimulantes et en moyens de caléfaction. Le traitement interne a pour base essentielle le sous-nitrate de bismuth, que M. Jardin déclare avoir été son *anticholérique* et *anticholérinique* par excellence dans le cours de l'épidémie qu'il a traversée. Depuis les travaux de M. Monneret, tout le monde connaît l'efficacité de ce sel dans les diarrhées actives ou passives; mais c'est particulièrement dans la période phlegmorrhagique du choléra infantile que M. Jardin a constaté le merveilleux effet du sous-nitrate de bismuth. « Il était, dit-il, vraiment extraordinaire de voir combien le phénomène *vomissement* cédait rapidement à l'ingestion de dix à vingt doses en général de poudre de bismuth; le phénomène *diarrhée* était plus rebelle. »

Mais, pour que ce médicament réussisse, il doit être administré hardiment à doses élevées fréquemment répétées; il ne produit aucun accident. C'est toujours en poudre que M. Jardin conseille de le donner, attendu qu'en potion il se dépose au fond du flacon, malgré le soin qu'on prend d'agiter le liquide, et qu'en pastilles la dose de substance active est si minime, que, pour en avoir le bénéfice, l'enfant devrait toujours en avoir la bouche pleine. « Nous en faisions, dit l'auteur, déposer une dose de 25 à 40 centigrammes sur la petite langue de l'enfant, avec l'ordre de mettre immédiatement celui-ci au sein, et au moyen de la succion, il avalait le médicament avec le lait; ou bien sur le mamelon de la nourrice, humecté soit avec de la tisane, soit avec de l'eau sucrée, et l'enfant mis au sein l'avalait de même; mais nous préférions, quand il était possible, l'administrer dans une cuillerée à café, soit d'eau sucrée pure ou additionnée de quelques gouttes de vin, soit de tisane, ou mieux encore de bouillon. » M. Jardin a toujours observé que l'action du médicament était d'autant plus prompte et plus certaine qu'il était administré chez les enfants mêlé au bouillon ou aux bouillies, soit maigres, soit grasses, et c'est un peu pour cela que ce médecin ne prescrivait pas la diète absolue à ses petits malades.

Les premières doses étaient en général rejetées en grande partie; mais le peu qui en restait dans l'estomac modérait le vomissement, et, par une progression sensible, ces doses finissaient par être conservées et par produire l'effet voulu. D'ailleurs, M. Jardin avait le soin de faire choisir pour l'ingestion le moment le plus favorable, c'est-à-dire celui qui se trouvait entre les vomissements, et où l'estomac semblait jouir d'un moment de calme.

Dans cette épidémie de choléra infantile, la dose quotidienne de sous-nitrate de bismuth a été de 2 à 8 grammes, sans avoir dépassé ce chiffre.

Conjointement avec le sel, M. Jardin donnait pour boisson la décoction blanche de Sydenham, préparée avec 30 grammes de mie de pain de ménage, qui, moins boulangé, renferme à volume égal plus d'amidon et de gluten que le pain de première qualité. Les autres éléments de cette boisson excellente étaient 30 grammes de sucre et de gomme arabique, 15 à 20 grammes de corne de cerf calcinée et porphyrisée, plus quelques grammes de cannelle dans deux, rarement trois, verres d'eau, au lieu de quatre qu'on met ordinairement, aromatisés avec trois ou quatre cuillerées à bouche d'eau de fleurs d'oranger, à prendre froide en petite quantité, mais souvent, dans les intervalles de repos de l'estomac, comme on administrait le sel de bismuth. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Emploi des injections hypodermiques de morphine dans les affections cancéreuses. L'incurabilité absolue des affections cancéreuses non opérables nous impose le devoir de rechercher les moyens susceptibles de calmer les douleurs atroces que la plupart de ces affections infligent aux malades. Les injections hypodermiques ont sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, inauguré un progrès incontestable. M. Freemann a fait de nombreuses applications de ce moyen comme sédatif des douleurs, spécialement de celles qu'engendre le cancer de l'estomac et de l'utérus. Aucun agent, selon lui, n'a le pouvoir de calmer la souffrance aussi efficacement, aussi promptement que celui-ci, et avec moins d'inconvénients pour la santé générale. Il est

aussi d'observation que, malgré les nombreuses piqûres nécessaires pour calmer la douleur aussi souvent qu'elle se reproduit dans ces affections, aucun accident local, abcès ou érysipèle, n'a eu lieu par le fait de l'opération.

Les effets de la morphine sont moins durables, mais s'exercent plus instantanément que ceux de l'atropine. L'atropine est le sédatif par excellence des douleurs superficielles; la morphine convient mieux pour celles dont le siége est dans les organes profonds.

Pour faire cesser les sensations pénibles qui résultent du cancer, il faut, bien entendu, augmenter progressivement la dose du narcotique. Néanmoins, cette augmentation n'a pas besoin d'être portée aussi loin quand on use de la méthode endermique que lorsqu'on agit sur la surface digestive. La plupart des cancéreux de l'hôpital de Middlesex reçoivent quotidiennement 10 à 15 centigrammes de morphine par les injections hypodermiques, et en obtiennent un effet équivalent à celui de 30 ou 45 centigrammes du même médicament introduit dans l'estomac. (*The British medical journal*, 24 juin 1865.)

Deux nouveaux spécifiques contre la gonorrhée. Le premier des remèdes que M. Henderson préconise sous ce titre, est l'essence retirée par distillation du *syrium myrtifolium*, et est connu dans le commerce sous le nom d'essence de santal jaune. M. Henderson en donne de 25 à 40 gouttes trois fois par jour, dissoutes dans trois parties d'alcool rectifié et aromatisées avec un peu d'essence de cannelle. Il a constaté un grand soulagement au bout de quarante-huit heures chez les malades auxquels il a administré cette huile. Entre autres avantages, ce remède nouveau ne cause pas de vomissements, est agréable au goût et ne fatigue pas l'estomac. M. Henderson le considère comme égal en action, sinon supérieur, au copahu et au cubèbe. L'urine des gens qui en ont pris n'acquiert qu'une très-faible odeur de santal.

L'autre nouveau spécifique de M. B. Henderson est l'huile de bois (*Vood oil, gurjum oil*) que l'on retire d'un arbre immense de l'Inde, le *diptero-carpus turbinatus*. Un seul de ces arbres donne dans une saison quarante gallons d'huile, de laquelle, par la distillation avec l'eau, on retire 35 pour 100 d'huile soluble. On voit que la matière ne fera pas défaut aux expérimentateurs. M. Henderson a employé ce produit dans des cas où l'on avait essayé sans succès le copahu. Au bout d'une semaine d'emploi du *gurjum oil*, la guérison a été complète. La dose était d'une cuillerée à café pure, deux ou trois fois par jour. Il paraîtrait qu'en raison de son bas prix, cette huile aurait été introduite en Angleterre pour être mélangée au copahu. Au reste, son action sur les organes du goût est semblable à celle du copahu : elle produit les mêmes effets sur l'estomac et sur les intestins, elle communique à l'urine une légère odeur de térébenthine. (*Medical Times and Gazette*, juin 1865, et *Gaz. hebd.*)

Pneumonie : adynamie traitement par l'alcool ; guérison. Un charretier âgé de quarante-deux ans, entré, le 17 décembre dernier, à l'asile de Vincennes comme convalescent d'un épanchement sanguin de la région lombaire, se plaint, le 31 au matin, d'avoir eu un assez violent frisson pendant la nuit et d'un point de côté au niveau du mamelon droit. Envoyé à l'infirmerie de l'asile, il est examiné par M. le docteur Laborie, qui reconnaît l'existence d'une pneumonie à droite, caractérisée, outre les symptômes initiaux précédents, par de la fièvre, des crachats orangés visqueux, de la matité, du râle crépitant, auquel ne tarda pas à se joindre du souffle. Le traitement par le tartre stibié à haute dose est institué, 0gr,30 le premier jour, puis 0gr,35 et 0gr,45; un vésicatoire est appliqué le quatrième jour, 5 janvier. Ce même jour paraît un peu de subdelirium, qui est remplacé, la nuit et les jours suivants, par un délire loquace incessant. Le 5, le délire continue; le souffle persiste; mais le pouls n'étant plus qu'à 84 et n'offrant plus de dureté, la potion émétisée est suspendue.

Le 6, un changement considérable s'est manifesté : pouls tombé à 66, filiforme; peau couverte d'une sueur visqueuse; prostration; facies abattu et sans expression; subdelirium. On essaye vainement de faire prendre du bouillon au malade; mais il boit un julep avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina. Même état le jour suivant. Le 8, la peau est peu chaude, plombée et visqueuse; il y a des râles sous-muqueux. Le 9, le pouls est à 60, à peine sensible; persistance du délire, faiblesse extrême.

M. Laborie prescrit alors de l'eau-de-vie ordinaire, à doses répétées de 16 grammes toutes les deux heures, et 64 grammes sont ainsi ingérés dans la journée. Sous l'influence de ce moyen, le pouls se relève : à dix heures du soir, il est à 92, plus plein et plus fort. Mais cette action sur le pouls n'est pas le seul effet de l'alcool : le délire cesse complétement ; le malade continue à parler beaucoup, mais la conception n'est plus délirante. L'eau-de-vie est suspendue. Le 10, le délire a reparu dans la nuit ; pouls à 80 ; légère éruption de taches rosées lenticulaires, qui ne dure que quelques heures. 60 grammes d'eau-de-vie et 100 grammes de vin de Bagnols sont pris dans la journée. Le délire disparaît de nouveau. — Le 11, mieux ; le malade a dormi deux heures. L'auscultation fait entendre des râles crépitants gros. La dose de l'alcool est réduite à 40 grammes. — Le 12, pouls à 80 ; pas de délire vrai, mais le malade est bizarre, capricieux, refuse de manger. — Le 13, on cesse d'administrer l'eau-de-vie. — Le 14, pouls à 60, plus fort que les jours précédents ; l'appétit renaît, le visage s'anime. Convalescence ; il reste seulement de la paresse intellectuelle, qui disparaît au bout de quelques jours ; les forces reviennent rapidement, au point que, le 18, le malade peut quitter l'infirmerie pour rentrer dans les chambres de convalescence. Le 2 février, les forces physiques et morales sont revenues à leur niveau normal. (*Gaz. des hôpitaux*, 11 juillet 1865.)

Caillots intra-cardiaques ; guérison. Bien qu'il ne soit peut-être pas possible, dans l'état actuel de la science, de diagnostiquer *sûrement* la formation de concrétions sanguines dans les cavités du cœur, nous pensons néanmoins que, après avoir lu l'observation suivante, donnée malheureusement d'une manière un peu trop succincte, on trouvera difficile d'attribuer à une autre cause les accidents qui y sont relatés.

Une femme de cinquante-six ans entre, le 4 février dernier, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gallard, atteinte depuis quatre jours de bronchite. Au moment de son arrivée, la face est légèrement cyanosée, les extrémités sont froides, il existe une dyspnée considérable. La percussion et l'auscultation font reconnaître, du côté des poumons, de la bronchite et de l'emphysème ; nul signe de pneumonie ni de pleurésie. Les battements du cœur sont tumultueux, fréquents (120), les bruits sourds ; aucun souffle ; pouls un peu irrégulier. (Il est important de noter que cette femme n'a jamais eu de rhumatisme.) Le lendemain et les jours suivants, la dyspnée a persisté aussi intense, et l'irrégularité du pouls est devenue telle, qu'il est impossible d'en compter les pulsations. Le 10 février, apparition d'un nouveau phénomène : les deux jambes sont prises de douleurs et d'œdème, il est vrai peu considérable ; l'exploration des veines n'amène aucun résultat.

Traitement : deux vésicatoires sur la région précordiale, un le 8 février, un le 11 ; en même temps eau vineuse pour boisson et, de plus, eau-de-vie, 80 grammes par jour, puis acétate d'ammoniaque ; frictions stimulantes sur tout le corps ; un coussin sous les jambes pour les tenir un peu relevées. A la suite de cette médication, la dyspnée a considérablement diminué, et le pouls s'est rapidement amélioré ; le 15 février, il avait repris sa régularité et battait 72 ; la gêne de la respiration avait cessé. Le 24, les douleurs et l'œdème des jambes avaient totalement disparu. Sortie le 10 mars, le pouls et le cœur à l'état normal.

En présence de phénomènes tels que ceux qui viennent d'être énumérés, dyspnée considérable, teinte cyanotique de la face, froid des extrémités, gêne extrême de la circulation dénotée par un pouls petit, irrégulier, intermittent, battements du cœur sourds et profonds, puis œdème des membres inférieurs, il nous semble impossible de ne pas admettre le diagnostic adopté. Que si la guérison obtenue n'a pas, heureusement, permis d'en chercher la confirmation dans les résultats d'un examen nécroscopique, comme il y avait grand lieu de le craindre, il ne nous paraît pas que ce soit un motif de récuser la justesse du jugement porté par notre très-distingué confrère, mais seulement de reconnaître que la formation de caillots dans les cavités cardiaques n'est pas un accident toujours et forcément mortel. (*Gaz. des hôpitaux*, 17 juin 1865.)

Deux cas de coxalgie guéris par la ponction. En 1852, M. Joseph de Kempf, étant médecin en chef d'une division de hussards à Folnek, en Moldavie, fut appelé dans un village voisin par un pauvre tis-

serand de dix-neuf ans environ. Il trouva un jeune homme scrofuleux, débile, déprimé par la misère, la mauvaise nourriture, une habitation malsaine et un métier très-pénible. Un examen attentif permit de porter ce diagnostic : foyer purulent à l'intérieur des synoviales latérales, consécutif à une phlegmasie chronique des articulations coxo-fémorales. Il y avait allongement du membre, distension des ligaments, relâchement des muscles, sans trajet fistuleux ni carie. Cet état durait depuis trois mois. Le malade étant placé dans la position requise, le docteur Kempf opéra une ponction et retira une livre de pus, épais, jaune brunâtre, inodore, strié de sang. Un traitement général fut institué et l'opération réussit parfaitement.

Dans le courant de 1856, la femme de chambre d'un président fut envoyée à l'hôpital de Grasswardain : âgée de dix-neuf ans, bien nourrie, régulièrement menstruée, elle se plaignait d'une douleur lancinante dans l'articulation coxo-fémorale droite et le long de la cuisse, que le docteur Roth et M. Kempf déclarèrent un rhumatisme de nature suspecte. En dépit de l'iodure de potassium et des frictions, le mal persista; bientôt il s'aggrava. On reconnut l'erreur, on vit une arthrite inflammatoire, et l'on décida de recourir à l'évacuation du liquide.

La ponction faite, on injecta de l'arnica en teinture, on prescrivit de la quinine, et, au bout de cinq semaines, la patiente sortit guérie, sans la moindre difformité.

Depuis cette époque, l'auteur de ce procédé le préconise comme le remède préférable dans tous les cas de cette espèce. Il prévient la claudication et la déformation mieux que tout autre moyen. (*Allgem. Viener medic. Zeitung.* — *Médecine contemp.*)

Traitement du zona par le chloroforme. M. Crépinel emploie avec avantage le *chloroforme en applications extérieures dans le zona.* Il apporte quatre observations à l'appui. La première est relative à une femme de soixante-dix ans, ayant un zona qui l'empêchait de dormir depuis cinq semaines. La guérison a eu lieu en dix jours.

Dans la seconde, il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans. Guérison en huit jours.

La troisième concerne un voyageur. L'éruption ne datait que de deux jours. Après cinq jours de traitement, il a pu continuer sa route.

Quatrième observation. Jeune fille de neuf ans ayant un zona depuis douze jours. Guérison en sept jours.

M. Crépinel dit que le fait le plus frappant de l'emploi du chloroforme, c'est la cessation complète très-rapide des douleurs insupportables qui accompagnent le zona.

Voici la formule de M. Crépinel :

R. Huile d'amandes douces, 20 gr.
Chloroforme 4 —
Mêlez.

Faire cinq ou six applications sur tous les groupes de vésicules dans les vingt-quatre heures. Agiter le liquide avant chaque application, et couvrir immédiatement les parties enduites avec le côté d'un morceau de ouate dont on aura enlevé préalablement la partie glacée.

La dose du chloroforme peut être portée à 4 ou 6 grammes, suivant l'intensité des douleurs. Chez les enfants, M. Crépinel ne dépasse pas la dose de 2 grammes pour la même quantité de véhicule.

Généralement les douleurs disparaissent en un ou deux jours, et la guérison est complète en six ou huit jours. La réussite de ce moyen est d'autant plus sûre et plus prompte, qu'il est employé à une époque plus rapprochée de l'invasion du mal. (*Bulletin de la Société médicale de l'Aube.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Topique contre la brûlure. M. le docteur Gouyon, de Paris, a guéri une petite fille de quatre ans qui s'était brûlé la jambe avec de l'eau bouillante, en pansant les plaies avec la poudre de talc (silicate de magnésie et d'alumine). Les bourgeons charnus ont été réprimés par l'azotate d'argent.

Désormais, dit M. le docteur Gouyon, le talc de Venise doit remplacer tous les autres moyens de pansement, et j'ai choisi cette substance si propre et si douce, parce qu'étant réfractaire à une très-haute température, elle s'oppose à toute fermentation, conséquemment à toute végétation étrangère à la plaie. Elle est inoffensive; son application sur une plaie y calme immédiatement la douleur, la déterge

rapidement et provoque à sa surface le développement rapide de bourgeons charnus de bonne nature.

Ce mode de traitement si simple, si efficace, si peu dispendieux (le talc de Venise ne coûte que 40 centimes le kilogramme), est applicable sur toutes les plaies, quels que soient leur forme. leur siége, leur profondeur, leur nature, spécifique ou autre; il se plie à toutes leurs inégalités; il adhère à leur surface, quelle que soit leur position. On comprend que l'on peut mêler à cette substance, suivant les indications, du chlorure de chaux, du tannin, de l'alun, du soufre, du calomel, du sulfate de quinine, etc. L'application du silicate sur une plaie se fait avec une poudrière en fer-blanc, à trous très-petits.

Le silicate de magnésie et d'alumine est encore un excellent hémostatique des hémorrhagies veineuses et capillaires. Les piqûres de sangsues, parfois si difficiles à étancher, sont facilement oblitérées, à l'aide de quelques frictions avec les doigts sur leurs ouvertures, au moyen de cette substance, aidées ensuite d'une légère compression. L'épistaxis, ou hémorrhagie du nez, parfois si incoërcible, est rapidement arrêtée en l'insufflant dans ses cavités à l'aide d'un tube ou, mieux encore, d'une petite pomme en caoutchouc; toutefois, après avoir bien déblayé les fosses nasales des caillots sanguins qu'elles contiennent, en reniflant de l'eau froide. (*Acad. des sciences*, 12 juin 1865.)

Sur la liqueur d'absinthe. Cette liqueur, dit M. Deschamps (d'Avallon), ne contient aucune substance réellement dangereuse. C'est un alcoolat coloré avec des sucs d'épinard, d'ortie, etc., mais le végétal *absinthe* ne sert jamais à cet usage.

Les traces de cuivre qu'on y rencontre quelquefois, ne peuvent être attribuées qu'à l'action de la liqueur sur les vaisseaux de laiton où on la renferme.

L'absinthate de potasse ne se trouve point dans cette liqueur et ne peut en aucune manière exercer sur l'économie des effets nuisibles.

L'action que cette liqueur produit sur les buveurs ordinaires ne peut être attribuée qu'à l'alcool qu'elle renferme, et, toutes choses égales d'ailleurs, elle ne grise pas plus que les autres liqueurs.

Un verre d'absinthe pris par hasard ne peut exercer aucune influence fâcheuse sur l'état mental du buveur.

Le danger réel qu'elle présente réside dans sa saveur sucrée, qui est due aux essences d'anis et de badiane, et qui ne laisse pas dans la bouche cette sensation pâteuse et désagréable qui succède toujours à l'ingestion des liquides qui contiennent du sucre; dans la propriété qu'elle a d'étancher la soif et de déterminer des éructations agréables qui excitent d'une manière impérieuse le buveur d'absinthe à retourner chez le marchand de liqueurs.

Les effets funestes que l'on a constatés chez les buveurs de ce liquide, ne peuvent être attribués en aucune manière à l'absinthe végétale, puisque celui qui boit dix verres de cette liqueur n'est pas sous l'influence des principes aromatiques de l'absinthe qui est généralement employée pour faire une bouteille de tisane.

L'état d'abrutissement auquel arrive successivement le buveur d'absinthe est très-facile à comprendre. En effet, celui qui boit 3, 5, 6, 8, 10, 20, 30 verres de cette liqueur par jour, est sous l'influence de 90, 150, 180, 240, 300, 450, 600 et 900 centimètres cubes d'alcool à 43,2, 45, 50,4, 61,2, 61,6, 61,8, 63,8 et 69,2 degrés centésimaux. (*Acad. des sciences*, 10 juillet 1865.)

VARIÉTÉS.

Par divers décrets rendus à l'occasion du 15 août, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade de grand officier: M. Chevreul, de l'Académie des sciences, directeur du muséum.

Au grade de commandeur: MM. Becquerel, de l'Académie des sciences; Denonvilliers, inspecteur général de l'enseignement supérieur, professeur à la Faculté de médecine; Poggiale, pharmacien, inspecteur du service de santé, membre de l'Académie de médecine.

Au grade d'officier: MM. Tholozan, médecin principal de 2e classe, en mission en Perse; Mazé, médecin principal de la marine; Prieur, Mayaud et Cabasse, médecins majors de 1re classe; Gillet, pharmacien principal; Stoltz,

professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg ; Gibert, chirurgien principal de la marine en retraite ; Collas, premier médecin en chef de la marine, chef du service de santé de l'île de la Réunion ; Voillemier, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis ; Barth, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine ; Pelletan de Kinkelin, médecin de l'hôpital de la Charité ; Brun, médecin de la Maison d'arrêt pour dettes, à Paris ; Pidoux, médecin inspecteur des Eaux-Bonnes ; Roberty, médecin des épidémies du département des Bouches-du-Rhône.

Au grade de chevalier : MM. Berchon, Savona, Rulland et Bonnescuelle, médecins de 1re classe de la marine ; Demoute, Debout, Vaillant et Illy, médecins de 2e classe ; Lavigerie, pharmacien de 2e classe ; Jouve et Henuecart, médecins auxiliaires de 2e classe ; Deplanche, médecin auxiliaire de 3e classe ; Appia, ancien président de la Société médicale de Genève ; Wertheim, de la Faculté de Munich ; Vedrènes, Champouillon et Billau, médecins majors de 1re classe ; Rizet, Damien, Combes, Meige, Hanse, Pallé et Nublat, médecins majors de 2e classe ; Couderc, pharmacien major de 2e classe ; Chauffard, professeur agrégé à la Faculté de médecine ; Joly, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse ; Jouvet, directeur de l'École de médecine d'Angers ; Parisot, professeur à l'École de médecine de Nancy ; Maffei, médecin par quartier de l'Empereur ; Gosselin, pharmacien militaire en retraite ; Cicarelli, pharmacien militaire en retraite ; Delezenne, ancien pharmacien militaire ; Moreau, de Saint-Ludgère, médecin auxiliaire de la maison de Saint-Denis ; Delagarde, ancien chirurgien militaire ; Belliard, chirurgien de la marine en retraite ; Thédenat, ancien médecin des épidémies à Espalion ; Grillot, médecin à Plombières ; Bonnafons, médecin des épidémies à Mauriac ; Bouis, chef des travaux chimiques à l'Académie de médecine ; Brochin, membre de la Commission des logements insalubres du département de la Seine ; Cisseville, inspecteur des eaux de Forges ; Desfosses-Lagravière, médecin des épidémies de l'arrondissement de Boussac ; Lambron, médecin inspecteur des eaux de Bagnères-de-Luchon ; Pihan-Dufeillay, vice-président du conseil d'hygiène de la Loire-Inférieure ; Prémont ; médecin vaccinateur dans la Charente ; Jacquez, médecin des épidémies de Lure (Haute-Saône) ; Etoc-Demazy, médecin de l'asile d'aliénés du Mans ; Reymond, médecin de l'asile Mathilde ; Orfila, secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine ; Cabanellas, médecin à Paris ; Collomb, médecin du Bureau de bienfaisance du 3e arrondissement ; Costilhes, médecin de la prison Saint-Lazare ; Calvo, médecin de la Maison de justice ; Josias, capitaine au 51e bataillon de la garde nationale ; Tabourin, professeur à l'École vétérinaire de Lyon.

Par décret en date du 8 août 1865, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, une chaire de chimie organique a été créée au Collége impérial de France. Par le même décret, M. Berthelot, membre de l'Académie impériale de médecine, a été nommé professeur titulaire de cette chaire.

Par décret impérial du 28 juin dernier, notre collaborateur, M. le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de 1re classe de la marine, a été attaché à la maison de S. A. I. le prince Napoléon.

A l'occasion de sa fête, l'empereur Maximilien a nommé *grands officiers* de l'ordre de Notre-Dame-de-Guadalupe, MM. Andral et Velpeau.

Exposition universelle de 1867. — Classe 11. — *Appareils et instruments de l'art médical ; ambulances civiles et militaires.* — Voici, d'après le *Moniteur universel*, la composition du jury médical pour la future Exposition :

Bergeron (Jules), membre de l'Académie de médecine.

Broca, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Demarquay, chirurgien en chef de la Maison municipale de santé et du Conseil d'Etat, membre du jury international de 1855.

Tardieu, membre de l'Académie de médecine, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre du jury international de 1855.

Tillaux, chirurgien en chef à l'hospice de la Vieillesse (hommes).

Faculté de médecine de Paris. — *Ecole pratique.* — MM. les étudiants sont informés que, par mesure transitoire, les concours d'admission auront lieu cette année encore au mois de novembre pour les trois sections de l'Ecole pratique qui comprennent chacune vingt-cinq élèves.

Le concours d'admission dans la section de première année est ouvert à tout étudiant aspirant au doctorat qui aura subi avec succès dans la session actuelle le deuxième examen de fin d'année.

Les vacances qui existent dans les deux autres sections seront remplies à la suite d'un concours auquel seront admis, *pour la seconde année*, les étudiants aspirants au doctorat ayant subi avec succès dans la session actuelle le troisième examen de fin d'année, et, *pour la troisième*, les étudiants inscrits comme aspirants au doctorat ayant plus de trois années d'études.

A partir de l'année prochaine, il n'y aura plus d'admission directe dans cette troisième section, où les vacances survenues ne seront point comblées, et les concours d'admission dans les deux premières sections auront lieu au mois d'août, immédiatement après la session des examens de fin d'année.

Les conférences, manipulations et exercices pratiques sur les diverses branches de l'enseignement médical, ont été inaugurés dans le cours de l'année qui s'achève pour la troisième section de l'Ecole pratique. Ils seront étendus l'an prochain aux deux autres sections; et, dès la rentrée, un pavillon distinct, placé sous la direction spéciale d'un prosecteur, sera affecté exclusivement aux élèves des trois sections de l'Ecole pratique.

Enfin, à partir du mois de novembre prochain, des aides de clinique, au nombre de quatre pour chacune des cliniques médicales et pour la clinique d'accouchements de la Faculté seront nommés par la Faculté, sur la présentation de MM. les professeurs de clinique médicale et obstétricale qui les choisiront parmi les élèves des deux dernières années de l'Ecole pratique. Les fonctions d'aides de clinique dureront deux ans (arrêté ministériel du 25 juin 1865).

Le corps médical, si cruellement frappé depuis quelque temps, vient de subir une nouvelle perte.

M. Beau, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine, a été emporté en quelques jours par une hémorrhagie cérébrale.

Doué d'un esprit d'investigation des plus rares, travailleur infatigable, M Beau a attaché son nom à un grand nombre de questions scientifiques.

Dans toutes les discussions qu'ont soulevées ses doctrines, M. Beau a toujours apporté une fermeté de caractère et une droiture honnête, qui lui avaient concilié l'estime universelle et même celle de ses adversaires les plus convaincus.

Ses élèves perdent en lui un maître dévoué, un ami fidèle. Qu'il nous soit permis d'associer nos regrets aux leurs.

M. le docteur Hébray, officier de la Légion d'honneur, médecin en chef de l'ambulance municipale, vient de mourir à l'âge de soixante-neuf ans.

Le docteur Bucher a succombé, tout récemment, dans son pays natal où il était allé faire un voyage. Bucher, membre de la Société médico-psychologique, prenait une grande part aux travaux de cette société.

On sait que Bucher présidait l'Assemblée constituante en 1848.

On annonce la mort du docteur Pierre des Étangs, membre du conseil général de la Marne.

M. Jean-François-Joseph Dieudonné, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements; chevalier de l'ordre de Léopold; président de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles; membre du conseil supérieur d'hygiène; secrétaire de la Commission de statistique du Brabant; membre honoraire de l'Académie royale de médecine de Belgique; rédacteur principal du *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie*; membre de plusieurs Académies et Sociétés savantes du pays et de l'étranger, vient de mourir à Bruxelles, le 10 août 1865, à l'âge de cinquante-cinq ans.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'action physiologique et thérapeutique des sulfites et des hyposulfites. (2e article) [1].

Par M. le docteur Constantin Paul.

SECONDE PARTIE.

DES SULFITES EMPLOYÉS EN THÉRAPEUTIQUE.

Le professeur Polli, dans son mémoire, après avoir établi l'influence bienfaisante et réelle des sulfites dans ses recherches expérimentales, en conclut que les sulfites devront être employés avec succès dans un grand nombre de maladies où la fermentation est pour lui l'explication des phénomènes morbides; mais, quoique médecin praticien de la ville de Milan, où il n'a pas dû manquer de faire l'essai de ces remèdes, il ne nous parle pas des résnltats obtenus par lui. Il paraît surtout préoccupé de faire accepter sa théorie de la fermentation et il emprunte les faits cliniques qui, selon lui, peuvent venir à l'appui de cette idée, à la pratique du grand nombre des médecins italiens, qui les ont employés et employés à profusion, comme cela ne manque jamais d'arriver pour un médicament nouveau. On ne s'étonnera donc pas de voir que les sulfites ont été employés d'abord comme topique des plaies, puis comme moyens thérapeutiques dans l'infection purulente, l'infection putride, les fièvres intermittentes et la malaria ou cachexie paludéenne, dans la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, les fièvres éruptives, l'érysipèle, les cachexies, et en particulier dans la phthisie pulmonaire, un certain nombre de maladies chroniques curables, puis enfin dans ces affections organiques incurables qui font le désespoir de la thérapeutique. J'examinerai dans des chapitres spéciaux l'action des sulfites dans chacune de ces maladies.

Usage externe. — Le premier qui ait fait usage des sulfites comme topiques est le docteur Burgraeve (de Gand), si connu par ses recherches sur les divers modes de pansement, et auquel on doit les appareils ouatés, le pansement avec les plaques de plomb, si utile dans les phlegmons diffus, etc. Dès 1862, le docteur Burgraeve fit part à l'Académie de médecine de Bruxelles des succès qu'il avait

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 145.

obtenus de cette manière [1]. Soixante-cinq blessés avaient été pansés de cette manière; on dissolvait simplement le sulfite de soude dans l'eau et on imbibait avec cette solution des compresses faites avec du lind anglais. Le docteur Burgraeve avait choisi cette sorte de linge, parce qu'il sèche moins vite et par là adhère moins aux plaies que la charpie, d'autant plus que, pour s'assurer de la valeur réelle des sulfites, on avait exclu du pansement tous les corps gras employés d'ordinaire.

Selon le docteur Burgraeve, le premier bénéfice de ce pansement est d'anesthésier la plaie, phénomène qui aurait été justement apprécié dans un cas de brûlure. Une jeune fille, entre autres, brûlée des pieds à la tête, et dont les pansements étaient très-douloureux, au point de lui arracher des pleurs et des cris et de la tenir dans un état d'horripilation voisin de la fièvre d'accès, vit sa plaie devenir tellement insensible, qu'on put y promener le crayon de nitrate d'argent sur de vastes surfaces, sans qu'elle y fît pour ainsi dire attention. Cette anesthésie de la plaie empêchant les accidents nerveux de venir après les pansements a été très-appréciée à Gand. En outre, toujours d'après le même observateur, la plaie se dégorge rapidement, devient en peu de temps fraîche et vermeille et bourgeonne avec rapidité. Enfin, et ceci est un des caractères les plus constants des sulfites, le pus est peu abondant, tenace comme une couche de gluten, *sans odeur* et parfaitement neutre. Si, en outre, on ajoute à ce traitement continu l'usage des sulfites à l'intérieur, l'amélioration devient encore plus rapide. Voici, entre autres, une des observations du docteur Burgraeve.

Obs. I [2]. Une jeune fille, dentellière de son état, âgée de dix-sept ans, quoiqu'on lui en donnerait à peine quatorze, est amenée dans notre service pour un vaste foyer tuberculeux à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, au-devant du grand trochanter, et sous l'aponévrose fascia lata. A travers l'ulcération de la peau et l'éraillement du fascia aponévrotique, on remarque un bouchon de matières granulées, qui, ayant été retiré, donne issue à une grande quantité de pus séreux et caillebotté; la malade est en proie à une fièvre de consomption, diarrhée colliquative, sueurs nocturnes, pouls petit, faible et très-accéléré, à 120. Le poumon gauche offre une demi-résonnance sans aucun râle, le poumon droit est mat du sommet à la base, la respiration est fréquente et petite, pas de toux, pas d'expectoration. Le lendemain de l'entrée de la malade, la fétidité du foyer est telle, qu'il faut l'isoler et panser

---

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine de Bruxelles*, 1862, p. 542.

[2] Burgraeve, *loc. cit.*

deux fois par jour au chlore. Le foyer est largement ouvert, après qu'on y a appliqué un caustique de pâte de Vienne. On commence alors l'administration du sulfite de magnésie, d'abord en potion avec le sirop diacode, afin de combattre la diarrhée colliquative. Plus tard, on le donne en poudre. La malade est soumise à une alimentation substantielle. La salle où elle est placée étant une espèce de serre, la malade est inondée d'une vive lumière. Grâce à ce traitement et à ce régime, l'état de la malade se modifia en peu de jours, au point qu'en ce moment, après trois semaines de séjour, elle est en état de rentrer dans sa famille où l'attendent les mêmes privations, le même métier, partant le retour de la tuberculose.

Une circonstance qui nous a vivement frappé, c'est le retour du poumon à sa sonorité. Nous ne prétendons pas qu'il y ait là des tubercules, mais un engorgement, une semi-hépatisation, qui aurait pu y donner lieu.

Avant toute critique sur le mode d'agir des sulfites à l'extérieur, je puis dire que, dans un cas analogue, j'ai obtenu le même résultat.

Obs. II. Une jeune fille, âgée de treize ans, profondément scrofuleuse, retenue au lit par un abcès froid symptomatique d'une carie du fémur, dépérissait avec un écoulement de pus sanieux peu abondant et une fièvre de chaque soir avec sueurs nocturnes. L'injection d'une solution de sulfite de soude dans le foyer et l'hyposulfite de magnésie à l'intérieur, à la dose de 5 grammes par jour, ont fait cesser l'état fébrile ; la suppuration a pris meilleur aspect, et au bout d'une quinzaine de jours, le foyer s'est tari. La malade a pu se lever et reprendre ses occupations, mangeant et buvant comme à l'ordinaire, et n'ayant plus qu'une fistule qui ne laisse suinter que quelques gouttes de pus. En un mot, la consomption a cessé, l'état général s'améliore et cette recrudescence de la maladie a été conjurée en peu de temps.

Le bon effet des sulfites dans les plaies par arrachement signalé par Burgraeve s'est montré de la même manière dans une plaie d'arme à feu très-grave observée par le docteur Ferrini, médecin à Tunis.

Obs. III [1]. Arbi-Ben-Hamsa, musulman, âgé de vingt-quatre ans, de bonne constitution, chasseur de profession, était en train d'enlever la baguette de son fusil quand le coup partit, amenant un tel dégât dans les os du carpe, qu'il fallut lui désarticuler la main. Une portion du lambeau destiné à recouvrir largement l'articulation, ayant été aussi maltraité par les grains de plomb, ne tarda guère à présenter une escarre gangréneuse, laquelle, à ma grande surprise, fut bientôt limitée et séparée par une solution saturée de

---

[1] Giov. Ferrini, médecin à Turin, *in Annali universali medicina d'Omodei*, 1863, feb.

sulfite de soude à l'extérieur et le sulfite de magnésie donné à l'intérieur, pour empêcher la fièvre purulente qui aurait pu avoir lieu, s'il n'eût été soumis à ce traitement. Finalement, la solution de continuité fut réduite à une plaie simple, et la cicatrisation complète en trente-cinq jours.

Nous trouvons le même succès observé par Tagiuri et consigné dans une lettre adressée à Ferrini.

Obs. IV [1]. J'employai la solution de sulfite de soude dans la proportion de 4 grammes pour 1 once de liquide en applications topiques et en injections chez un individu affecté de plaie de la jambe par nécrose du tibia, plaie produite par une fracture comminutive ; et, dans l'espace d'un mois, je la vis se cicatriser, alors qu'elle résistait depuis longtemps à toute sorte de traitement, soit local, soit général.

Selon le docteur Gritti [2], les expériences ont été faites à l'hôpital Majeur de Milan avec une solution de sulfite de soude au dixième employée en lavage et en injections, ou sous forme de glycérolé d'amidon sulfité ; ce dernier mode de pansement offre un inconvénient sérieux, c'est que l'on est obligé de préparer les plumasseaux vingt-quatre heures d'avance. Ce glycérolé est indiqué, d'après le docteur Gritti, dans tous les cas qui réclament l'emploi de l'onguent digestif. Le docteur Gritti confirme, en outre, les résultats du docteur Burgraeve. Selon lui, la sécrétion du pus diminue, le pus devient visqueux et dense, et forme une sorte de pansement isolant, la sensibilité de la plaie est atténuée et n'irrite aucunement les parties voisines. Il résulte donc de l'assertion de ce médecin, ainsi que de celle de Questa, Galligo, Sagrini, Vignole, etc., que le pansement au sulfite aurait pour avantages :

1° De rendre la plaie insensible ;

2° D'être désinfectant ;

3° De favoriser le bourgeonnement régulier de la plaie.

J'ai pu constater ces trois caractères par moi-même et de la façon la plus manifeste sur un cas de brûlure par l'acide sulfurique. La plaie était insensible, au point qu'on y pouvait promener le doigt sur les bourgeons, sans que le malade, très-hypochondriaque et pour ainsi dire hystérique, témoignât de la moindre gêne. La désinfection était complète, car il y avait des escarres en voie d'élimination, et la plaie n'avait aucune odeur, bien qu'on fût aux plus grandes chaleurs de juin. On pouvait seulement, en approchant le nez de la plaie, percevoir une très-faible odeur d'acide sulfureux,

---

(1) Tagiuri, lettre à Giov. Ferrini, *Annali universali d'Omodei*, 1863.

(2) Gritti, *Imparziale di Milano* et *Presse médicale belge*, numéro 11 ; 1865.

mais aucune odeur ammoniacale. Enfin, le bourgeonnement de la plaie marcha de la façon la plus satisfaisante, laissant une surface d'un rouge rosé parfaitement net; aspect plus satisfaisant que celui de la même plaie pansée au coldcream à certains jours comme contre-épreuve.

Dans un autre cas de plaie simple par instrument tranchant, j'ai constaté encore les mêmes effets.

Je partage donc, au sujet du pansement par les sulfites, les espérances des médecins italiens, et je ne doute pas qu'un médicament qui a la propriété d'embaumer pour ainsi dire les produits de sécrétion d'une plaie et de ne leur permettre ni putréfaction ni fermentation, ne soit bientôt employé par la majorité des médecins.

La propriété éminemment désoxydante des sulfites réalise pour ainsi dire à ciel ouvert le pansement à l'abri du contact de l'air, et en donne tous les avantages en même temps qu'elle permet de surveiller les plaies à chaque instant de leur évolution. C'est, comme je le disais dans la préface, une sorte d'embaumement des liquides morbides, tout à fait comparable à l'action des sulfites sur les liquides des cadavres.

Infection purulente. — La conclusion légitime des expériences du docteur Polli sur l'injection du pus dans le sang des chiens, et du résultat favorable obtenu par les sulfites, était leur emploi dans l'infection purulente. Les médecins n'y ont pas manqué, et l'on va voir qu'ils ont pu obtenir ainsi d'assez beaux succès pour encourager les médecins à continuer de tels essais, d'autant plus qu'il s'agit d'un état très-grave contre lequel nous n'avons pas de remède. Voici, entre autres, quelques-unes des observations où le résultat a été favorable.

Obs. V [1]. Un militaire subit l'amputation de l'avant-bras gauche dans son quart supérieur pour une plaie d'arme à feu. Pendant l'opération, il y eut une hémorrhagie plus abondante que de coutume, mais néanmoins le malade n'alla pas mal pendant trente-six heures. Au bout de ce temps, il fut pris de frissons, le pouls devint petit, la langue, sale, et l'haleine, fétide. Le docteur Tagiuri lui ordonna un léger purgatif et donna pour boisson une infusion de tilleul avec du carbonate de potasse. Il n'y eut pas d'amélioration les jours suivants; par contre, les phénomènes précédents s'aggravèrent, des douleurs lancinantes apparurent dans le moignon, et l'appareil commença à donner de l'odeur. Le docteur Tagiuri fit lever l'appareil et trouva la plaie dans les conditions suivantes :

---

[1] Giuseppe Tagiuri, lettre à Giov. Ferrini, *Annali universali di medicina*, 1863.

(Ceci se passait trois jours après l'opération.) La plaie avait une couleur livide, les points de suture étaient tombés par la rupture des bords de la plaie, les chairs étaient lardacées et rejetées en dehors. Du fond de la plaie suintait un peu de pus d'aspect séreux, de couleur sombre et d'odeur fétide.

En même temps, les phénomènes généraux décrits plus hauts, et plus spécialement les frissons, prirent une plus grande intensité, si bien que le malade parut clairement sous l'influence de l'infection purulente, qui l'aurait sans aucun doute conduit à la mort par infection générale.

Le docteur Tagiuri ordonna immédiatement le sulfite de magnésie à l'intérieur, à la dose de 1 gramme toutes les deux heures, et le sulfite de soude à la dose de 4 grammes pour 30 d'eau, en applications sur la plaie, renouvelées toutes les six heures, et tel fut l'effet de cette médication que, quarante-huit heures après, le malade n'avait plus de fièvre, la langue était nette et la plaie avait meilleur aspect. L'usage des sulfites fut continué en éloignant les doses, et, vingt jours après l'amputation, il y avait une cicatrice complète et régulière.

Obs. VI (¹). Un homme de vingt-sept ans, qui avait été blessé au bras par un projectile d'arme à feu, et qui, quelques jours plus tard, avait présenté les phénomènes de l'infection purulente avec frisson et sueur, fut aussitôt traité par le cautère actuel et des fomentations de sulfite de soude (8 grammes pour 120 grammes d'eau).

En même temps, on donna à l'intérieur, chaque jour, 8 grammes de sulfite de magnésie. Au bout de deux jours de ce traitement, il y eut déjà de l'amélioration, et au bout de quatorze jours guérison complète.

Obs. VII (²). Un jardinier de trente-cinq ans, du reste bien portant, taillant un cactus, s'était blessé à plusieurs reprises le dos de la main gauche; il retira les aiguillons autant qu'il put en trouver et ne fit pas d'autre attention à sa blessure. Douze heures après, il apparut du gonflement et de la douleur. Ces symptômes ne disparaissant pas par des applications de cataplasmes chauds, le malade fit venir le docteur Ricci. L'examen montra, sur le dos de la main, de la douleur, du gonflement, une coloration rouge bleuâtre et plusieurs phlyctènes avec gonflement de l'avant-bras, des frissons et un état général de malaise. Une double incision dans la plaie donna issue à une quantité assez importante de pus. On fit continuer les cataplasmes chauds, garder la chambre et prendre des aliments substantiels de facile digestion et toutes les deux heures un scrupule (1gr,30) de bisulfite de soude. Déjà le lendemain, tous les symptômes avaient diminué, si bien que le médecin n'ordonna plus le sulfite que toutes les trois heures.

(¹) Capparelli, *Il morgagni*, VI-6, p. 499, 1864, et Schmidt's Jahrbücher, 1865, B. 125, h. 1.

(²) De Ricci, de Dublin, *Medical Journal*, XXXVIII (75), p. 27, aug. 1864, et Schmidt's, 1865, 125, 1.

Le troisième jour, le malade se trouvait tellement bien, qu'on put le mettre à l'air libre et réduire le bisulfite à trois doses par jour. Deux jours plus tard, la tuméfaction avait disparu, ainsi que les lignes de l'avant-bras. La plaie commença à guérir, si bien qu'on réduisit le bisulfite à deux doses par jour, et qu'on remplaça les cataplasmes par des fomentations de baume du Pérou. Deux jours plus tard, l'état général devint de nouveau grave, l'aspect de la plaie devint mauvais, des lignes rouge sombre se montrèrent de nouveau sur l'avant-bras, et un cordon dur et douloureux se sentait le long de l'artère brachiale. On redonne le bisulfite, comme la première fois, et les cataplasmes chauds ; l'amélioration se fit aussitôt, et dans l'espace de quatre jours les duretés avaient disparu.

Le malade dut encore prendre, pendant dix jours, quatre doses d'un scrupule de bisulfite, puis il fut entièrement guéri et put retourner à son travail.

Le docteur Mirone ([1]) cite aussi deux cas d'infection purulente guéris par l'hyposulfite de soude et la strychnine ; de ces deux cas, le premier pourrait bien être un cas d'infection putride, mais le second est évident.

Obs. VIII. Il s'agit d'un abcès intermusculaire de la région dorsale qui amena des accidents consistant en accès de fièvre violents précédés de frissons avec fétidité du pus, anhélation, délire ; accidents qui avaient déjà reparu quatre fois sous forme de recrudescences d'intensité progressive et mettant la vie en danger sérieux. Les accidents n'ont commencé à diminuer qu'à partir du jour où l'on a administré l'hyposulfite de soude, à la dose de 2 grammes par jour.

Le docteur Rodolfo Rodolfi (de Brescia), qui a aussi employé les sulfites dans l'infection purulente, dit que le sulfite de magnésie triomphe ordinairement des accès de fièvre, et surtout des frissons qui proviennent de l'infection purulente. Dans deux cas, entre autres, produits par la suppuration d'une saignée, et où de hautes doses de sulfate de quinine avaient échoué, le sulfite de magnésie seul triompha (salvò l'infermo dalle fauci della morte) ([2]).

Enfin, l'un des adversaires de l'emploi des sulfites, Semmola, professeur de médecine clinique à l'hospice des Incurables à Naples, rend justice lui-même à l'action bienfaisante des sulfites dans l'infection purulente.

« Les maladies contre lesquelles l'action des sulfites est incontestablement remarquable sont les infections putrides, ne provenant pas de causes spécifiques ou virulentes. Ainsi le pus en putréfac-

---

([1]) *Imparziale di Firenze*, 1864, et *Bulletin de Thérapeutique*.

([2]) Lettre de Polli au rédacteur des *Annali universali di medicina*, 1864, 1.

tion, les cocochylées intestinales, les urines altérées, etc., produisent des intoxications contre lesquelles les sulfites sont presque spécifiques [1]. »

Enfin, d'autres médecins, tels que Mazzolini de Locate, Ademollo, de Groneto, Remolo Granara, de Gênes, ont eu encore à se louer de l'emploi des sulfites dans l'infection purulente.

Voilà un certain nombre de succès dans lesquels il semble bien que les sulfites aient été pour quelque chose. Mais y a-t-il eu des insuccès? La chose est certaine, et bien qu'ils ne soient pas rapportés, je n'en doute pas pour mon compte; mais cela ne fait rien pour le fait qui nous occupe.

L'infection purulente est une de ces affections terribles contre lesquelles en général nous ne pouvons rien; si les sulfites ont été utiles dans certains cas, nous en devons faire notre profit. Nous devons toutefois signaler une observation d'insuccès donnée avec tous ses détails par le docteur Ferrini, et dans lequel il s'agit d'un de ces cas de pyohémie à forme rhumatoïde, dans lesquels les articulations se remplissent de pus.

INFECTION PUTRIDE. — Je répéterai ici comme pour l'infection purulente que les expériences d'infection putride artificielle produite par l'injection de sang putréfié dans les veines et l'amélioration produite par les sulfites devaient conduire à l'emploi de ces médicaments dans l'infection putride. J'ai déjà cité dans le chapitre précédent l'opinion du professeur Semmola, si explicite à l'égard des infections putrides; j'y ajouterai deux observations de H. de Ricci et de Capparelli, les seules que je possède.

Obs. IX [2]. Une dame de quarante-cinq ans, bien portante jusque-là, avait embrassé à plusieurs reprises le cadavre d'un de ses parents qu'elle aimait beaucoup, et qui était mort subitement, et dont les signes de la putréfaction étaient si avancés, que l'enterrement dut être hâté. Peu de temps après la cérémonie, H. de Ricci fut appelé auprès de cette dame, et la trouva dans un collapsus profond, avec les membres froids, l'haleine froide, la langue également froide, le pouls à peine sensible, la voix éteinte, mais sa pleine connaissance. Quelques heures auparavant, elle avait eu des vomissements, des crampes et des selles analogues à de l'eau de riz. En un mot, l'état général était tel, que de Ricci ne douta pas un instant qu'il n'eût devant les yeux un cas grave de choléra. De Ricci ordonna de l'eau-de-vie, de l'eau chaude, et des fomentations de térébenthine sur le ventre et les jambes. La malade lui dit alors :

---

(1) Compte rendu de l'Académie de médecine, juillet 1864.
(2) *Dublin Journal*, XXXVIII (75), et Schmidt's, 1865.

« L'odeur du cadavre était épouvantable, je ne puis m'en défaire. » De Ricci pensa que ce pouvait bien être en ce cas une infection putride qui commençait, et il fit prendre une infusion de quassia, contenant 20 grammes de sulfite de soude, boisson qui fut prise d'abord toutes les demi-heures, puis toutes les heures.

Sous l'influence de ce traitement, les symptômes disparurent très-promptement, et peu de jours après, la guérison était complète.

Peu de temps après, elle eut encore un malaise vague, mais cinq mois après la guérison de cette nouvelle attaque, une légère blessure qu'elle se fit à la jambe par un coup, prit très-mauvais aspect, et ne guérit pas, et deux mois après une éruption de boutons ressemblant à de l'érythème noueux parut sur tout le corps.

Dans sa pensée que c'était une infection du sang qui persistait, de Ricci donna encore de l'hyposulfite de soude. L'éruption disparut, et la santé générale revint presque aussitôt.

Obs. X (1). Un homme souffrait d'ichorémie à la suite d'un cancer de la prostate; le docteur Capparelli, chaque fois qu'il y avait des accès de fièvre avec frisson, sueur, faiblesse, anorexie, lui donna des sulfites, et il put ainsi notablement prolonger la vie du malade. La faiblesse disparut; l'urine, qui était auparavant rare, trouble, fétide, devint abondante, transparente et inodore, alors revinrent les douleurs lancinantes dans la tumeur cancéreuse, et il fallut suspendre le médicament.

Enfin, je citerai les communications de Spencer Wells (2) qui, dans un travail sur la mortalité qui suit les opérations, et la septicémie qui en est la cause, indique comme ayant rendu de véritables services le sulfite de magnésie et l'hyposulfite de soude à l'intérieur. Les autres sulfites ont été seulement employés à l'extérieur ou en lavement. Je rappellerai en outre les observations citées au chapitre de l'usage externe.

Maladies puerpérales. — Le nombre des médecins qui ont employé les sulfites dans les maladies puerpérales n'est pas très-nombreux; cependant voici quelques observations dans lesquelles il semble qu'ils n'aient pas été inutiles.

Métrite puerpérale. — *Obs. XI* (3). Maria Naïm, israélite de Tunis, servante de condition, d'un tempérament lymphatique, âgée de vingt-deux ans, donna le jour, le 10 octobre 1862, à un fils qui est le second. L'accouchement se fit régulièrement et en un petit nombre d'heures. Le 14, les coliques augmentèrent; il survint une

(1) Leonzio Capparelli, *Il morgagni*, VI-6, 1864.

(2) *Brit. med. Journal*, 1er octobre 1864.

(3) Ferrini, *Annali di medicina*, 1863.

fièvre ardente avec suppression presque complète des lochies, et un fort abattement dont on ne put trouver la cause. La voyant dans cet état, Ferrini prescrivit un purgatif composé d'huile de ricin et 18 sangsues à la région hypogastrique. Le 15, les coliques cessèrent, mais la fièvre persista, l'écoulement lochial resta peu abondant, et la région utérine, douloureuse à la pression. On appliqua des cataplasmes de graine de lin sur le bas-ventre, et on donna le sulfite de magnésie à la dose de 4 grammes toutes les trois heures.

Ce traitement fut continué seul et à la même dose pendant cinq jours, les lochies reparurent en abondance, et la maladie se guérit complétement, bien qu'elle eût commencé par des symptômes insidieux.

Infection putride puerpérale.—*Obs. XII*[1]. Une femme israélite, âgée de trente ans, déjà mère de deux fils, mena à bonne fin sa troisième grossesse. Vers le milieu du neuvième mois apparurent les douleurs de l'enfantement, qui s'effectua en huit heures, donnant le jour à un fœtus mort, sans que le placenta le suivît. Après des tractions et de vains efforts tentés par une empirique pour en faire l'extraction, la malheureuse ne fut pas encore abandonnée aux ressources de la nature, elle resta pendant quatre jours dans cet état, la sage-femme renouvelant les mêmes manœuvres. En attendant, le placenta retenu dégénérait, donnant lieu à une odeur tellement fétide et à un écoulement de matières tellement corrompues, que cette odeur rebutait quiconque venait la voir, même sur le seuil de la maison. Pendant ce temps les lèvres de la vulve devenaient énormément œdémateuses, des douleurs atroces apparaissaient à la région utérine, le ventre se météorisait, les frissons se répétaient plusieurs fois le jour, elle souffrait de continuelles vomituritions ; de temps en temps elle vomissait des matières bilieuses. Les urines coulaient difficilement, les matières rendues par le rectum étaient très-altérées. Elle avait le visage pâle et œdémateux, la respiration courte et anhélante, le pouls petit, fréquent et fébrile.

Arrivés à ce moment, les parents eurent recours au docteur Lumbroso, et demandèrent l'extraction du placenta, espérant que par là la malade serait complétement délivrée de tout danger.

J'y allai, dit Lumbroso, et j'introduisis avec peine ma main dans le vagin pour reconnaître l'état des parties génitales. Je trouvai qu'un petit fragment de placenta faisait saillie à l'orifice utérin, qui était tellement contracté, que j'eus beaucoup de peine à y introduire l'index. Je jugeai convenable d'extraire la portion saillante, et je cherchai à modérer cette contraction aussi tenace, afin de pouvoir effectuer cette extraction si désirée.

Les conditions de l'accouchée étant, comme on l'a vu, très-alarmantes, parce que les signes d'une absorption putride étaient très-marqués, j'ordonnai des bains tièdes, des frictions répétées avec une pommade belladonée sur la région hypogastrique, et l'usage, à doses fractionnées, d'une potion huileuse. Je prescrivis pour la pre-

[1] Lumbroso, médecin en chef du bey de Tunis, lettre à Ferrini, 1863, *Annali d'Omodei*.

mière fois (février 1862) l'usage du sulfite de magnésie, à la dose de 0gr,80 toutes les deux heures. Je dois noter que la mort de la malade sembla tellement vraisemblable aux parents, par le fait de cette extraction incomplète du placenta, qu'ils lui préparèrent un tombeau.

Le lendemain, je m'en allais tristement vers la malade, parce que je comptais que la catastrophe était réellement arrivée. Mais quelle fut ma surprise, lorsqu'en entrant dans la chambre, je vis la malade assise sur son lit, avec une figure presque normale, les phénomènes susdits ayant presque complétement disparu.

En examinant de nouveau les parties génitales, je trouvai encore cette forte contraction qui empêchait la sortie du placenta, et je ne pus arracher, comme la veille, une petite portion qui faisait hernie. Je continuai le même traitement. Huit heures après ma visite, les parents vinrent m'annoncer que la malade ayant fait quelques pas dans sa chambre, elle avait entièrement rendu le placenta dégénéré, et qu'à la suite elle se trouvait dans un état satisfaisant.

J'y conduisis le lendemain mes confrères Vignale et Schembri pour leur faire voir ce succès. En somme, le sulfite de magnésie, qui fut pris pendant trois jours, à la dose de 14 grammes en vingt-quatre heures, avait empêché, à mon sens, les propriétés délétères des mauvaises substances absorbées.

Obs. XIII [1]. Une jeune Maltaise, se trouvant loin de son mari, fit une liaison illicite et devint enceinte, puis, craignant les reproches de son mari, elle usa de ces moyens que les femmes indigènes ont l'habitude d'employer pour obtenir l'avortement. Ceci eut lieu le second mois de sa grossesse, sans que le placenta fût expulsé. Peu de jours après, elle présenta les mêmes symptômes que la précédente, et, une forte métrorrhagie étant survenue, elle faillit périr. L'usage du sulfite de magnésie à la même dose la rétablit promptement, et parut contribuer à faire rejeter le corps étranger dégénéré.

Obs. XIV [2]. Une autre dame israélite, d'une conduite blâmable, se trouva pour la même raison dans les mêmes conditions, et le sulfite de magnésie opéra, comme dans les deux cas précités, le même succès attendu.

A côté de ces quatre cas de fièvre puerpérale, dans lesquels les sulfites semblent avoir amené la guérison, il faut mentionner les succès obtenus par Vignale [3]. Rodolfo Rodolfi, de Brescia, n'a pas été aussi heureux; cela tient peut-être à ce qu'il ne donnait que 1 gramme de sulfite toutes les deux heures. Il a remarqué toutefois que les sulfites, s'ils n'arrêtaient complétement la fièvre purulente puerpérale, en faisaient disparaître assez facilement les frissons.

---

(1) Lumbroso, *loc. cit.*

(2) Lumbroso, *loc. cit.*

(3) Polli, lettre au rédacteur des *Annales d'Omodei*; 1864, 1.

Doit-on attribuer l'insuccès de Maraglio à la même insuffisance de dose, ou bien à la gravité même de la maladie? Je ne voudrais pas me prononcer à cet égard; je me contenterai, pour être impartial, de rapporter ce cas comme les autres.

Obs. XV (¹). Une jeune fille, victime de séduction, devint enceinte, et eut un accouchement laborieux; on fut forcé d'extraire de force le placenta. Elle fut prise, trois jours après, de fortes douleurs abdominales avec des frissons intenses, de suspension brusque des lochies et d'une fièvre continue.

Le chirurgien qui l'avait assistée dans son accouchement lui fit deux fortes saignées, lui appliqua des cataplasmes sur le ventre, et lui fit boire à l'intérieur les émulsions ordinaires, puis, voyant s'aggraver l'état de la malade, et pour se soustraire à une responsabilité ultérieure, il la fit transporter de son service dans le mien.

Nous la trouvâmes dans son lit, pâle et altérée, les traits contractés, la respiration anxieuse et le ventre météorisé. Le pouls était très-petit, obscur, plus semblable à un frémissement qu'à une contraction artérielle, la langue sèche, les dents fuligineuses, la peau sèche et d'une chaleur mordicante. L'ingestion d'une substance quelconque était suivie d'efforts douloureux de vomissement.

Cet appareil formidable, se présentant trois jours après l'accouchement, était bien évidemment la fièvre puerpérale. Supposant que l'absorption putride était le danger principal, nous crûmes devoir la combattre suivant la doctrine de Polli, d'autant plus qu'il n'y avait ni indication ni tolérance d'une médication antiphlogistique. Nous prescrivîmes 1gr,50 de sulfite de magnésie toutes les trois heures, avec des boissons mucilagineuses. On y ajouta de la glace à l'extérieur et des vésicatoires aux bras et aux cuisses.

La maladie alla toujours en s'aggravant, le remède fut difficilement supporté, cependant nous continuâmes à l'administrer jusqu'au dernier jour. La malheureuse mourut douze jours après son entrée dans le nouveau service.

Maraglio rapporte en outre un cas de fièvre puerpérale dans lequel on désespéra du sulfite de magnésie que la malade ne pouvait supporter et qu'on remplaça par le sulfate de quinine, qui guérit définitivement la malade.

Obs. XVI (²). Une jeune femme, d'un tempérament lymphatique, mère pour la seconde fois, fut prise, deux jours après son accouchement de douleurs au ventre, au visage et aux membres. Le jour suivant, il apparut des frissons suivis de chaleur et de

---

(¹) Maraglio, *loc. cit.*

(²) Lettre du docteur Luigi da Maria, de San Felice, au docteur Maraglio, 20 mai 1864.

sueurs abondantes et les lochies se supprimèrent. Le même accès de fièvre reparut le cinquième, le sixième et le septième jour.

Le docteur Luigi da Maria la trouva dans l'état suivant : céphalée, yeux injectés, photophobie, tintements d'oreilles, langue sèche, soif intense, respiration fréquente à 40, pouls à 140, chaleur de la peau brûlante, peau tuméfiée, douleurs spontanées et fortes à la matrice, augmentant au moindre contact, surtout dans la fosse iliaque droite.

Luigi da Maria fit une saignée de 400 grammes et ordonna la glace à l'intérieur et des compresses froides sur la tête.

Le neuvième jour. Même état, nouvelle saignée et glace.

Le dixième jour. Amélioration dans les symptômes locaux. Encore quinze sangsues et 24 grammes de sulfite de magnésie avec autant de magnésie calcinée, en douze paquets.

Le onzième jour. Accès fébrile fort, avec exacerbation des symptômes locaux qui tombe avec la fièvre. Dans la nuit, évacuation alvine. Encore douze sangsues et 24 grammes de sulfite en douze paquets.

Le douzième jour. Mouvement fébrile léger, comme le treizième jour.

Le quatorzième jour. Pas de fièvre.

Le quinzième jour. La fièvre se renouvelle par un frisson intense, comme la malade n'en avait pas encore eu. Céphalalgie aiguë, puis subdelirium, puis sopor. Pouls à 160, respiration anhélante. Quatre vésicatoires aux extrémités, glace à l'intérieur et à l'extérieur. La malade étant dégoûtée du sulfite, on donna, en deux fois, $0^{gr},48$ de sulfate de quinine en lavement, et cela à la première apparition de la sueur.

Le seizième jour. Deux autres accès fébriles, un le matin et un autre le soir, mais moins intenses. On donna la même dose de sulfate de quinine au moment de la transpiration et 24 grammes de sulfite de magnésie en douze paquets.

Du dix-septième au vingtième jour. Les accès fébriles ne se renouvelèrent point, et, peu à peu, tous les autres symptômes disparurent. On donna la même dose de sulfate de quinine en pilules pendant deux autres jours. Maintenant la guérison est parfaite.

J'ajouterai que Rodolfi dit s'être bien trouvé des sulfites dans des cas de phlegmasia alba dolens. Je leur attribue en partie les guérisons qu'il a obtenus. Mais il est un autre usage auquel les sulfites sont destinés et pour lequel ils jouiront certainement d'une grande vogue : je veux parler des injections et des lavages que leur propriété d'arrêter la putréfaction comme la fermentation, recommande tout particulièrement. Les solutions sulfitées et hyposulfitées ont, en outre, sur le chlorure de chaux ou de soude, l'avantage de n'avoir point d'odeur par elles-mêmes.

Erysipèle. — Après les expériences de Polli sur l'infection pu-

rulente artificielle, après les essais thérapeutiques des sulfites dans l'infection purulente, l'infection putride, la fièvre purulente des opérés, la fièvre puerpérale, il était naturel qu'on les essayât dans l'érysipèle traumatique. Le professeur Capparelli, de Naples, l'a tenté dans deux cas : dans l'un d'eux le malade guérit et les sulfites parurent avoir une action réelle, mais, dans l'autre, ils furent tout à fait impuissants. Voici les faits :

Obs. XVII (1). Un homme de soixante ans avait reçu un petit coup sur le front et n'y avait pas pris garde, lorsque, trois jours après, les ganglions du côté droit du cou se gonflèrent, et, douze heures après, un érysipèle se montra sur la moitié droite du visage, à partir du point qui avait été intéressé : bientôt après survint aussi le gonflement des ganglions cervicaux du côté gauche et l'érysipèle s'étendit au côté gauche du visage. Les phénomènes généraux étaient intenses, pouls à 130, température de la peau très-élevée, langue brune sèche, dysphagie et vomissements, constipation, urine rare, sédimenteuse, puis léger délire et sopor profond. Malgré tous les moyens de traitement, les symptômes allaient toujours en augmentant. On donna alors 8 grammes d'hyposulfite de soude dans 250 grammes d'eau et du sirop de gomme ; il y eut une amélioration rapide, le même jour le pouls tomba à 120, plus tard à 100, 96, 86, 72 et enfin à 64. La langue devint humide et couverte d'un enduit blanchâtre. Les selles, d'abord à peine jaunâtres, devinrent plus compactes, il revint de la sueur et de l'urine abondante. L'érysipèle dépassa les limites qu'il avait avant les sulfites, parcourut rapidement ses périodes et avait disparu au bout de dix-huit jours.

Obs. XVIII. Une prostituée, atteinte de syphilis constitutionnelle, eut un érysipèle spontané ; les sulfites n'y purent rien et la malade mourut au treizième jour de la maladie, après que l'érysipèle eut gagné le cou et la poitrine et qu'il se fut fait une métastase sur le poumon.

Fièvre intermittente. — Quand on réfléchira à la fréquence de la fièvre intermittente en Italie, aux succès obtenus dans les fièvres intermittentes symptomatiques, on ne sera pas étonné en apprenant qu'il n'est pas de médicament nouveau dont l'expérimentation ait été aussi souvent faite que celle des sulfites dans la fièvre intermittente. Je connais, pour ma part, le résultat de 437 cas de fièvre intermittente traités par les sulfites, et, pour donner une idée du résultat obtenu, je dirai tout de suite qu'il y a eu 356 guérisons, soit 81 pour 100.

Le médecin dont les recherches sur ce sujet sont les plus impor-

(1) Leonzio Capparelli, *Il Morgagni*, t. VI, p. 6, 1864, et Schmid's Jahrbücher, 1865, t. I.

tantes est Mazzolini [1]. Il a traité à lui seul 403 fièvres intermittentes par les sulfites et 184 par le sulfate de quinine comme contre-épreuve. Après lui, il faut citer Capparelli, Poma, Saltini, Ferrini, Tagiuri, Rodolfi, Maraglio, Parigini [2], Galligo [3], Sestini [4], Cantani [5], Pasta [6], Cavaleri [7]. Il résulte des travaux de ces derniers observateurs, que les sulfites guérissent bien la fièvre intermittente; mais leur expérience est loin d'être aussi étendue que celle de Mazzolini.

Poma, par exemple, a traité 15 cas de fièvre intermittente par les sulfites : dans 8 cas, les sulfites n'ont pas amené de résultat [8], si bien qu'il a fallu recourir aux préparations de quinine, qui chaque fois supprimaient l'accès et guérissaient définitivement. Dans 7 autres cas, l'action des sulfites a paru bonne. Dans 1 cas cependant la maladie a disparu si rapidement après les premiers accès, qu'on doit se demander si ce n'est pas un cas de guérison spontanée. Voici une des observations de Poma.

Obs. XIX. Un homme de vingt-cinq ans avait contracté une fièvre intermittente dans l'automne précédent; mais, par crainte de la quinine, contre laquelle les paysans ont un préjugé, il n'appela un médecin qu'après trois accès extraordinairement violents. Poma ordonna une potion douce nitreuse et 20 grammes de sulfite de magnésie à prendre en seize paquets avant l'accès. L'accès revint à l'heure ordinaire, mais plus court et moins intense, et, quand le malade eut repris 16 grammes, il ne revint plus rien.

Saltini [9] traita onze fièvres intermittentes et toutes guérirent; il est vrai de dire que, pour la plupart, ils prirent au début un vomitif et un purgatif, et Maraglio, peu partisan des sulfites, leur reproche en outre d'avoir duré encore du cinquième au septième accès. Je ne puis juger ce différend, n'ayant pas le détail de ces observations.

Voici cependant un tableau des cas que j'ai recueillis et qui présente un certain intérêt.

---

(1) Mazzolini, *Annali di chimica applicata*, 1864.
(2) *Lo sperimentale di Firenze*, 1862, septembre.
(3) *Imparziale di Firenze*, 1863.
(4) *Id.*, 1862, octobre.
(5) *Annali di chimica applicata alla medicina*, Milan, mars 1864.
(6) *Id.*
(7) *Id.*
(8) *Gazetta lombarda*, 28-29 mars 1864, et Schmid's Jahrbücher, 1865, I.
(9) Saltini, *Imparziale di Firenze*, 1863.

1° Fièvres traitées par les sulfites.

Mazzolini,	403	traités,	356	guéris,	36	insuccès.
Capparelli,	1	—	1	—		
Poma,	15	—	7	—	8	—
Saltini,	11	—	11	—		
Maraglio,	2	—			2	—
Ferrini,	3	—			2	—
Tagiuri,	2	—			2	—
Total.	437	traités,	356	guéris,	50	insuccès.

Rapport : Guérisons, 81,46 pour 100.
Insuccès, 11,44 —

2° Fièvres traitées par la quinine.

Mazzolini, 184 traités, 102 guéris, 82 récidives.

Rapport : Guérisons, 55,42 pour 100.
Récidives, 44,56 —

Si l'on compare maintenant comment la fièvre intermittente guérit par les sulfites à la manière dont elle guérit par les préparations de quinine, on voit, suivant Mazzolini et Rodolfi, que l'accès qui suit l'administration du sel ne manque pas, comme cela arrive souvent, avec le sulfate de quinine. Le frisson qui commence cet accès ne semble pas moindre que les précédents, il paraît souvent plus fort tout au contraire, mais, le frisson passé, l'accès est le plus ordinairement terminé. Les malades, à peine réchauffés, se sentent libres et se lèvent. L'accès est donc, en somme, plus court et moins pénible; ajoutons encore, d'après ces auteurs, que l'accès est souvent retardé. Cette action, moins prompte et moins brillante, a empêché certains médecins de faire l'expérience jusqu'au bout et de guérir par les sulfites des fièvres qui n'y auraient pas résisté.

En voici un exemple donné par Ferrini :

Obs. XX. Giuseppe Magnoni, Lombard, âgé de vingt-cinq ans, maçon, contracta vers la fin de mai 1862 une fièvre intermittente et, pour la combattre, prit de lui-même deux purgatifs. Le 3 juin, Ferrini fut appelé à le visiter, et le malade raconta que, depuis plusieurs jours, vers le matin, il était pris de frissons et de tremblement, après lesquels venaient la chaleur et la sueur. Pour traiter cette fièvre quotidienne, Ferrini prescrivit une demi-once de sulfite de magnésie divisée en quatre paquets et édulcorée avec du sucre. Le malade devait prendre un paquet toutes les trois heures.

Les 5, 6 et 7. Même accès et même dose du médicament.

Le 8. Le froid est à peine sensible et l'accès fébrile est d'autant moins fort. Continuation de la même dose de sulfite de magnésie.

Les 10 et 11. Pas de changement, même dose de sulfite.

Le 12. Accès fébrile retardé de deux heures et d'une durée moindre. Continuation de la même dose de sulfite.

Le 13. Accès fébrile encore plus léger, mais le malade s'impatiente et prie Ferrini de le débarrasser au plus tôt. On prescrit alors 1gr,50 de quinine en quinze pilules, à prendre une par heure.

Le 14. L'accès fébrile est à peine perceptible. On continue les pilules toutes les heures d'abord, puis toutes les deux heures.

Le 16. Guérison complète.

Cette observation n'est peut-être pas très-favorable aux sulfites. Mais voici la contre-partie. C'est l'histoire d'un malade non guéri par la quinine et au contraire guéri par les sulfites.

Obs. XXI. Un Calabrais, qui avait souffert depuis longtemps d'une fièvre intermittente tierce, fut traité par le quinquina. Les accès manquèrent plusieurs fois, mais reparurent le dixième et le vingtième jour, bien qu'on eut continué le quinquina. Au vingt-huitième jour, la fièvre durait encore, bien que le malade prît chaque jour près de 1 gramme de quinquina. On donna alors 8 grammes d'hyposulfite de soude, et au deuxième jour les accès avaient déjà cessé, et le malade fut définitivement guéri (Capparelli).

Ce fait de guérison par les sulfites, alors que les préparations quiniques ont échoué, n'est pas le seul, et il en est d'autres cités par Galligo; mais les chiffres cités plus haut me dispensent de les reproduire.

Enfin, dans la malaria ou cachexie paludéenne, je ne saurais dire si les sulfites réussissent autant que les autres préparations ; je ne connais que deux cas cités par Tagiuri, de Tunis, et il n'y eut pas de résultat satisfaisant, il fallut recourir au quinquina.

(*La fin prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des corps étrangers dans les voies aériennes chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Les corps étrangers dans les voies aériennes peuvent venir du dehors ou de l'intérieur du corps; on les rencontre dans le larynx, la trachée-artère et les bronches.

C'est surtout chez les enfants qu'on les observe. Ils sont de différentes espèces et assez nombreux, comme l'a indiqué Louis dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie.

Les corps étrangers qui viennent de l'intérieur peuvent être des vers qui, remontant par l'œsophage, passent dans le larynx et déterminent quelquefois une mort subite; d'autres fois, c'est du pus provenant d'un abcès du cou, ou bien c'est une production tuberculeuse développée primitivement dans un ganglion, dans le poumon et qui pénètre dans le larynx.

Il y a aussi des corps étrangers qui viennent de l'intérieur et qui primitivement venaient du dehors; ainsi des plaies de poitrine donnent quelquefois passage, dans le tissu pulmonaire, à des pièces de pansement, comme de la charpie, des mèches, qui passent ensuite dans les conduits respiratoires; de même des portions d'os nécrosé peuvent pénétrer dans le tissu pulmonaire, être expulsés par les bronches et la trachée. Une balle peut suivre la même voie, à la suite d'une plaie de poitrine. Tous ces corps étrangers se présentent souvent sans phénomènes qui puissent faire présumer leur existence; cependant, pour les abcès du cou qui viennent s'ouvrir dans la trachée, pour les abcès rétropharyngiens qui menacent de se vider dans le larynx, pour des corps étrangers venant d'une plaie pénétrante de poitrine, il y a des signes qui mettent sur la voie du diagnostic. Pourtant, il faut le dire, ces cas se terminent souvent sans avoir été soupçonnés, et plusieurs observations de ce genre se trouvent dans les auteurs.

Mais il n'en est pas de même des corps étrangers qui viennent du dehors, ils sont nombreux et introduits directement par la bouche; ils sont liquides, fondants, mous ou solides.

Les liquides sont : l'eau, le vin, les spiritueux, toutes les boissons;

Les fondants sont le sucre, les morceaux de gomme, les dragées, les morceaux de bonbons de diverses espèces, les pilules, etc.;

Les corps mous sont des aliments mâchés plus ou moins;

Les corps solides sont des haricots crus, des noyaux, perles, dents, pièces mécaniques composées de plusieurs dents, os, arêtes, pièces de monnaie, moules de boutons, etc.

Symptômes. — Le corps étranger est dans le larynx ou bien dans la trachée; il présente des signes d'autant plus graves que l'enfant est plus jeune et qu'il y a chez lui plus d'étroitesse de ces deux conduits.

Si le corps étranger est liquide, les phénomènes qu'il provoque sont une vive irritation, une toux convulsive et suffocante, une espèce d'étouffement et de râle qui disparaissent assez rapidement par l'expulsion du liquide.

Si le corps étranger est fondant ou mou, il détermine des

symptômes à peu près les mêmes. Aussitôt après l'accident, il y a une suffocation telle que le malade peut périr sur-le-champ; mais le plus ordinairement il y a une toux violente, rude, convulsive, avec menace de suffocation appréciée par le malade et le médecin, la voix est rauque ou éteinte, il y a anxiété, sentiment d'effroi du patient, douleur dans le trajet de la respiration, quelquefois bien localisée par le malade, d'autres fois la douleur est plus vague.

Si le corps étranger est solide, ces accidents persistent et même augmentent d'intensité; mais ils varient suivant la consistance des corps introduits, ceux qui sont fondants ne déterminent quelquefois que des accidents de courte durée; ils fondent, diminuent de volume et sont expulsés promptement par les efforts de toux; un morceau de sucre, par exemple, peu volumineux, ne tarde pas à être chassé, un morceau de gomme, un morceau de sucre d'orge ou tout autre bonbon ou pilule, en fondant, diminuent de volume et sortent par les efforts que fait l'enfant, soit en totalité, soit par fragments.

Il pourra quelquefois en être de même, mais avec plus de lenteur, de morceaux de viande mâchés et des corps mous en général; nous avons vu un enfant rendre plusieurs jours de suite des morceaux de viande mâchés et se débarrasser ainsi dans des quintes de toux; de même un enfant qui avait croqué une dragée avec l'amande, et dont les morceaux étaient entrés dans le larynx et la trachée-artère.

Mais il n'en est pas de même des corps étrangers solides; les accidents indiqués, non-seulement persistent, mais déterminent d'autres symptômes. Une épingle, une arête peuvent se planter dans un point du larynx et produire une inflammation très-vive; les corps de cette nature peuvent rester fixes dans un point.

Les corps ronds et solides ont une tendance à changer de place, et ce sont ces corps qui passent du larynx dans la trachée, ou bien restent dans les ventricules du larynx lorsqu'ils sont petits, ou descendent dans les bronches. C'est dans les cas de ce genre que nous voyons ces corps étrangers qui se meuvent, se déplacer et donner lieu à des intermittences qui font que les personnes qui entourent le malade croient qu'il n'y a pas de corps étrangers, parce qu'aux symptômes les plus effrayants de toux, de suffocation, succède un calme parfait.

Lorsque ces corps étrangers sont dans le larynx, les symptômes varient moins parce qu'ils ne se déplacent pas, mais lorsqu'ils sont dans la trachée, ils peuvent monter et descendre; alors, en plaçant la main au-devant du cou, on a une sensation d'un corps qui

monte et qui descend dans la trachée; quelquefois, ces corps descendent dans les bronches et ne bougent plus. Nous avons eu occasion de diagnostiquer la présence d'un haricot dans la bronche gauche; chez l'enfant, la respiration ne s'entendait que dans le poumon droit, et à gauche il y avait absence de bruit respiratoire.

On doit donc s'éclairer en observant avec attention la respiration. Lorsqu'on abandonne à eux-mêmes ces corps étrangers soit dans le larynx, soit dans la trachée, si les corps liquides et mous sont suivis d'expulsion naturelle, il n'en est pas de même pour les corps durs qui restent constamment du même volume ou qui augmentent de grosseur comme les graines de haricot, par exemple; dans ces circonstances, les accidents augmentent d'intensité, les accidents de suffocation se renouvellent; on voit quelquefois le malade agité par des mouvements convulsifs, la face devient violacée, les yeux sont larmoyants, les veines du cou augmentent ainsi que la saillie du tube aérien; les enfants font des efforts d'expulsion très-énergiques, c'est dans ce cas qu'il se fait dans les poumons une accumulation d'air qui distend leur parenchyme; par suite de rupture, l'air pénètre dans le tissu cellulaire au-dessus des clavicules et dans la poitrine, alors existe un pneumothorax et la mort peut survenir lentement; mais, toutes choses égales d'ailleurs, plus vite chez les enfants que chez les adultes, à cause de la dimension moindre des organes.

Le *diagnostic*, à l'aide des moyens indiqués, est assez souvent facile; cependant, on ne saurait trop s'appesantir sur tous les symptômes signalés. Il faut aussi attacher la plus grande importance aux renseignements fournis par les personnes qui entourent l'enfant au moment de l'accident et qui ont été témoins des premiers symptômes observés, qui sont quelquefois suivis de l'expulsion du corps étranger, car alors les accidents qui persistent doivent faire temporiser. Il est très-important de ne pas confondre l'introduction d'un corps étranger dans le pharynx avec l'introduction d'un corps étranger dans le larynx.

Ordinairement, dans le cas de corps étranger dans le larynx, le pharynx et l'œsophage sont perméables aux boissons, ce qui n'a pas lieu dans le second cas. Cependant, un corps étranger volumineux, comme une portion de bol alimentaire, peut entrer dans la trachée, comprimer l'œsophage et gêner ainsi le passage dans ce conduit, alors les malades ne peuvent avaler sans régurgiter. Dans un cas de ce genre, la trachée étant distendue par le corps étranger,

il faudrait s'assurer si l'œsophage est libre, c'est ce que le cathétérisme fera connaître, car une sonde de gomme passera dans le conduit alimentaire; et si parfois le bol alimentaire était dans l'œsophage, on le repousserait ainsi dans l'estomac, et la difficulté serait vaincue, et le diagnostic, certain. Si le contraire avait lieu, on ne trouverait dans l'œsophage qu'un obstacle difficile à franchir, qu'on ne pourrait repousser et qui ferait reconnaître que c'est la trachée distendue qui comprime le conduit alimentaire; mais on reconnaîtrait que la cause est dans le conduit aérien.

Pronostic. — La gravité dans le cas de corps étrangers dans le canal aérien doit varier, suivant :

1° *L'âge de l'enfant.* — Les très-petits enfants d'un an, par exemple, peuvent éprouver des accidents bien plus graves, et cela à cause de l'étroitesse du larynx et de la trachée-artère.

2° *L'état de santé de l'enfant.* — Il est dans un état de santé ou de maladie, cette dernière circonstance est fâcheuse.

3° *La consistance des corps étrangers.* — Les liquides ne déterminent que des accidents momentanés; les corps fondants sont moins dangereux que les corps mous, et les corps durs qui déterminent des accidents permanents présentent tous plus ou moins de gravité. Ceux qui sont à surface lisse n'offrent pas les dangers de ceux qui ont des pointes ou des aspérités.

4° *Le volume des corps étrangers.* — Ils peuvent, par leur grosseur, qui intercepte plus ou moins promptement le passage de l'air, faire redouter plus ou moins promptement l'asphyxie.

5° *La durée de leur séjour.* — Il est à craindre que les corps étrangers restés depuis longtemps déterminent par leur présence des complications inflammatoires ou autres, qu'on prévient si on les enlève dès le commencement.

On sait pourtant que des corps étrangers sont restés des mois, des années dans les voies respiratoires et qu'ils sont sortis par les efforts de la nature.

Traitement. — Appelé auprès d'un enfant ayant un corps étranger dans le larynx, si on peut examiner le malade avec le laryngoscope ou avec le spéculum de M. le docteur Labordette, si le le corps étranger est à l'entrée du larynx ou même entre les cordes vocales, on pourra positivement, à l'aide de ce dernier instrument, voir ce corps étranger et le saisir avec des pinces à polype; c'est ce qu'il y aura de mieux à faire. Si on est privé de ce dernier moyen, qui nous paraît indispensable à mettre en usage en pareil cas, il faudra avant tout mettre l'enfant la tête en bas, le frapper dans le

dos, le faire tousser et crier. Nous avons vu par ce moyen des corps étrangers être expulsés, haricots, pièces de monnaie, etc.

Après ce moyen on peut, mais sans grande espérance de succès, employer les vomitifs, les sternutatoires, et enfin il faut, le plus souvent sans tarder, en venir à la laryngotomio, si on pense que le corps est dans le larynx, ou bien à la trachéotomie si on croit que le corps étranger est dans la trachée ou dans les bronches.

Il faut, pour ces opérations, suivre les préceptes indiqués à l'article trachéotomie en cas de croup et ne pas oublier l'emploi de la petite pince à bec de grue pour aller à la recherche du corps étranger qui peut être engagé dans une bronche ; dans un cas de ce genre, nous avons été heureux de nous servir de cet instrument avec succès, les corps étrangers ne sortant pas des bronches avec facilité comme cela a lieu, au contraire, lorsqu'ils sont dans la trachée. Il faut se décider d'autant plus promptement pour la trachéotomie, qu'il n'y a pas à craindre l'insuccès commo dans les cas de croup, où l'on réussit rarement ; en effet, dans les trachéotomies pour corps étrangers, la mort est l'exception, et la guérison, l'ordinaire.

Nous avons eu occasion de faire cinq trachéotomies pour extraire des haricots dans la trachée, nous avons guéri quatre malades ; un est mort : il avait été opéré dix-huit jours après l'accident, il a succombé à une pneumonie.

Nous avons toujours pansé simplement la plaie le premier jour, et nous n'avons réuni que graduellement ; on pourrait chercher à réunir de suite, quand le corps étranger est sorti, et ne pas réunir la plaie, et même la tenir écartée par une canule, quand le corps étranger n'est pas sorti et qu'on espère qu'il viendra plus tard.

Après ce genre d'opération, le chirurgien doit redouter les bronchites et les pneumonies, il doit toujours se tenir en garde, examiner tous les jours la poitrine et agir de suite sur les premiers symptômes.

Note sur une modification de la pâte de Canquoin d'après les indications de M. Demarquay.

Par M. Ménière, interne des hôpitaux.

Parmi les escarrotiques employés journellement par le médecin, il en est un auquel il a peu souvent recours, bien que l'on puisse en obtenir d'excellents résultats, c'est la pâte de Canquoin. Préparée, en effet, d'après la formule ordinaire, c'est-à-dire en mêlant exactement une partie de chlorure de zinc et deux parties de farine

de froment, puis ajoutant la quantité d'eau nécessaire pour avoir une pâte solide, elle se boursoufle au bout de quelques heures par suite d'un commencement de fermentation, puis durcit.

Son application est dès lors très-difficile, et il n'est pas étonnant que, dans ces conditions, on lui ait attribué à tort de médiocres résultats et qu'on l'ait fréquemment rejetée de la pratique médicale.

Au premier abord on peut supposer que cette pâte ne doit pas durcir, puisque le chlorure de zinc est très-déliquescent; mais la quantité d'eau qu'il retient est loin d'être suffisante pour maintenir toute la masse dans un état de ramollissement convenable, et comme, d'un autre côté, la fermentation qui s'établit rend la pâte très-poreuse, l'évaporation du reste de l'eau se trouve singulièrement favorisée.

De là un durcissement rapide.

Conseillé par M. Demarquay, et dans le but d'obvier à ce grave inconvénient, je fis d'abord dissoudre le chlorure de zinc dans la plus petite quantité d'eau possible, j'y mêlai la farine, et, avec la glycérine, j'achevai de former une pâte assez dure.

Grâce à l'intervention de ce dernier corps, la pâte séchait moins vite, mais se gonflait encore, adhérait aux doigts, et son application était peu commode.

Ayant constaté la grande solubilité du chlorure de zinc dans la glycérine, j'essayai de la préparer en supprimant complétement l'eau, et, par le simple mélange du sel, de la farine et de la glycérine dans les proportions suivantes, j'obtins un produit qui ne présentait plus aucun des inconvénients cités antérieurement.

Pr.	Chlorure de zinc......................	10 grammes.
	Farine de froment.....................	20 grammes.
	Glycérine.............................	4 grammes.

Préparée ainsi, elle jouit de toute la causticité désirable : qu'elle soit récente ou apprêtée depuis longtemps, elle ne se boursoufle pas, est très-malléable, n'adhère pas aux doigts et s'applique avec la plus grande facilité.

Il était surtout important d'obvier au durcissement, car, dans ce cas, la masse se contractant nécessairement, cesse peu à peu d'être en contact avec la partie malade, et son action se trouve arrêtée.

Avec la glycérine cela n'est plus à craindre; en outre, vu la facilité que l'on a de pouvoir modeler la pâte suivant la forme et la grandeur de l'escarre que l'on veut obtenir, on peut être assuré, par son contact continuel avec la partie malade, d'une destruction franche et adhésive et d'une escarre parfaitement circonscrite.

La grande solubilité de la glycérine dans l'eau aide aussi le nettoyage des plaies, et ce n'est pas là son moindre avantage.

Du reste si, dans cette préparation comme dans beaucoup d'autres, la glycérine a été mise de côté jusqu'ici, elle ne tardera pas, grâce aux services qu'elle rend tous les jours, à occuper dans la pratique médicale la place qui lui est due.

Cette nouvelle préparation de la pâte de Canquoin est très-fréquemment employée par M. Demarquay dans son service de chirurgie à la Maison de santé ; il la trouve bien préférable à celle préparée avec l'eau, autant au point de vue de l'application que des résultats.

Notons en passant que, pour les flèches, comme il est nécessaire d'avoir une certaine rigidité, on devra mettre tout à fait de côté la glycérine et les préparer comme on a l'habitude de le faire.

Quant à l'addition du chlorure d'antimoine, dans le cas de tumeurs cancéreuses épaisses et inégales, je la crois peu profitable ; c'est un caustique violent et son action ne peut que s'ajouter à celle du chlorure de zinc, mais il cause d'atroces douleurs, et comme on ne le fait intervenir ordinairement que pour que la pâte se moule plus aisément sur les parties malades, on devra se borner à l'emploi de la pâte ordinaire qui, grâce à la glycérine, jouit au plus haut point de cette faculté.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Supplément à l'étude de la narcéine.

Par M. Robertson, pharmacien à Rotterdam.

Par suite de la publication des expériences faites par Claude Bernard sur les divers alcaloïdes de l'opium, l'attention dans ces derniers temps a été particulièrement attirée sur la narcéine, et conséquemment cette base de l'opium a déjà été prescrite chez divers pharmaciens. Comme les caractères auxquels on peut reconnaître la pureté de la narcéine ne sont pas identiques chez tous les auteurs, mais souvent différents, je pensai qu'il serait convenable d'observer exactement les réactions de la narcéine, et de communiquer mes résultats à cet égard dans ce journal.

Pour ce qui concerne la quantité de narcéine contenue dans l'opium, je n'ai trouvé qu'une donnée, celle du professeur Mulder, qui publie, dans le *Natuur en scheikundig Archief*, 2e partie, 1834,

que cinq échantillons d'opium de Smyrne, examinés par lui, donnèrent 6,662-7,506-7,684-9,902 et 13,240 pour 100 de narcéine. Il paraîtrait que dans le *papaver somniferum*, les divers alcaloïdes dérivent les uns des autres, et que dans les diverses phases de la croissance de la plante, ils peuvent se transformer les uns dans les autres. La quantité de cette base diffère cependant considérablement dans les diverses sortes d'opium. On n'est pas encore parvenu jusqu'ici à transformer artificiellement ces alcaloïdes les uns dans les autres, quoiqu'ils aient beaucoup de propriétés qui leur sont communes, et qui sous certains rapports sont identiques. La narcéine diffère seulement de la narcotine par 4 équivalents d'eau, elle est formée de $C^{46}H^{29}NO^{18}$.

Je possédais deux sortes de narcéine, de l'allemande et de l'anglaise. Dans tous les livres classiques on trouve que la narcéine est insoluble dans l'éther, et à ce caractère je reconnus de suite que l'anglaise était très-impure, vu que, d'après mon appréciation, plus de la moitié se dissolvait dans l'éther.

Comme je ne possédais que quatre grains de narcéine anglaise, je ne pus déterminer quantitativement la partie non soluble dans l'éther. Par l'évaporation de l'éther, j'obtins de beaux cristaux, très-probablement de méconine. La narcéine allemande perdit par le traitement de l'éther 5,405 pour 100, et l'éther ne donna pas de cristaux par l'évaporation, mais une pellicule amorphe.

Sous d'autres rapports, les deux sortes de narcéine étaient presque identiques, de manière que l'impureté de l'anglaise ne semblait avoir aucune influence sur ses réactions. Les cristaux des deux narcéines vues au microscope étaient de petites aiguilles longues; celles de l'anglaise étaient plus grandes cependant que celles de l'allemande. Les cristaux sont beaucoup plus solubles dans l'eau chaude que dans l'eau froide; de manière que la dissolution chaude, en se refroidissant, cristallise immédiatement. Comme la méconine cependant possède la même propriété, on ne peut distinguer par cette épreuve si la narcéine contient de cette base.

Selon la plupart des auteurs, la narcéine fond à 92 degrés centigrades; ceci n'est pourtant pas exact, vu qu'un tube à réaction contenant de la narcéine maintenu pendant un certain temps dans l'eau bouillante ne laissait apercevoir aucune trace de fusion. D'après Hess, le point de fusion serait 145,2 degrés centigrades.

Si on chauffe la narcéine, elle se fond d'abord en un liquide légèrement jaune, lequel, par refroidissement, se solidifie en une masse amorphe; chauffe-t-on plus fort, alors la masse prend une couleur

plus foncée et dégage finalement des vapeurs ammoniacales fort désagréables, sentant fortement la saumure de harengs, dont l'odeur est très-caractéristique. La narcéine, en outre, se dissout dans l'alcool à 0,865 p. s. et dans l'acide acétique.

La dissolution aqueuse ne devient pas bleue par le chlorure ferrique, ce qui est un bon caractère pour la distinguer de la morphine, qui aussi n'est presque pas soluble dans l'éther; elle se trouble légèrement par la dissolution de tannin et donne avec le chlorure d'or un précipité jaune, qui se dissout facilement par la chaleur. En outre, la dissolution aqueuse se trouble par la teinture d'iode, à cause de l'iode qui se sépare, tandis qu'il se rassemble au fond du tube à réaction un précipité bleu soluble dans l'eau bouillante; cette réaction se montre aussi très-distinctement sur un verre de montre, ou bien avec des cristaux secs dans une petite capsule de porcelaine. La narcéine anglaise donnait ces réactions avec l'iode, mais très-faiblement.

Je mis en contact sur un verre de montre un peu de narcéine avec de l'acide azotique de 1,37 p. s., ce qui produisit une coloration jaune avec dégagement de bulles de gaz; par l'addition d'eau la liqueur resta transparente. Traitée de même par l'acide azotique à 15 p. s., il se produisit une coloration plus jaune avec dégagement de gaz; mais ici on obtint par l'addition de l'eau un précipité blanc résineux, qui était soluble dans l'alcool. Si elle contenait de la narcotine, il y aurait par l'acide azotique une coloration rouge.

Un peu de narcéine également traitée par l'acide chlorhydrique de 1,13 p. s. sur un verre de montre, se dissout sans coloration, et reste après l'addition d'eau, même en chauffant, limpide, et par conséquent il ne se forme pas de caméléon. Anderson n'a pas observé de caméléon non plus.

Un peu de narcéine sur un verre de montre mis en contact avec l'acide sulfurique devient jaune et non pas rouge, comme le disent certains auteurs. Cependant à une chaleur un peu plus élevée que celle du bain-marie, elle rougit, et à une plus forte chaleur elle devient noire, en couches minces violettes. Le mélange de la narcéine avec l'acide sulfurique dilué du poids spécifique de la pharmacopée néerlandaise, reste trouble, et en chauffant un peu, devient tout à fait clair. Le sulfate paraît ainsi être difficilement soluble. Si on ajoute à la dissolution sulfurique de l'acide azotique dilué, le mélange reste clair et ne prend pas de couleur rouge-acajou, comme le disent plusieurs auteurs; mais en chauffant il devient d'un brun foncé sale.

La narcéine mise en contact sur un verre de montre avec l'acide sulfurique et le bichromate de potasse n'offre rien de particulier.

La codéine et la thébaïne sont solubles dans l'éther et par conséquent faciles à distinguer de la narcéine.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la réserve que doit apporter le praticien dans l'appréciation de l'action thérapeutique des médicaments.

En rendant compte de mon ouvrage sur l'action de la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses, avec une bienveillance dont je lui suis reconnaissant, le *Bulletin de Thérapeutique* n'a peut-être pas mis assez en relief l'un des passages qui pourtant, à mon avis, méritaient le plus d'attention.

Dans ce chapitre, en effet, il s'agit des rapports plus ou moins légitimes à établir entre l'acte morbide et les effets médicamenteux ; grande et intéressante question, s'il est vrai qu'aujourd'hui nous n'ayons guère plus qu'autrefois de critérium certain, de régulateur positif, que notre caprice pour l'application et l'emploi des moyens curatifs.

Cette opinion qui, au premier abord, pourrait sembler paradoxale, le paraît beaucoup moins quand on compare les résultats pratiques de M. Louis, par exemple, avec les statistiques de M. le professeur Bouillaud, sur les saignées coup sur coup dans les pneumonies et les pleurésies, et quand on réfléchit à la tendance actuelle sur l'abandon des émissions sanguines dans les affections. Quel est donc après cela le praticien qui, après le traitement d'une maladie, pourrait affirmer, la main sur la conscience, que c'est à sa méthode thérapeutique qu'est due son heureuse solution? Et maintenant, serait-ce être sceptique, et paraître vouloir chercher à rétrécir le champ de la thérapeutique, que de s'efforcer d'apprécier avec justesse, dans une maladie, les droits de la nature et les opérations de l'art, en étudiant avec plus de précision les lois pathologiques? Sans cela, résignons-nous donc à accepter sans contrôle tous les systèmes, toutes les théories, quelque bizarres qu'elles soient, qui ont cours alternativement dans la science, puisque trop souvent bon nombre de substances médicamenteuses se sont trouvées douées de propriétés imaginaires que le caprice seul leur a attribuées. «Ainsi, dit Bichat, on créa des *désobstruants* quand la théorie de l'*obstruation*

était en vogue. Les *incisifs* naquirent quand celle de l'*épaississement* des *humeurs* leur fut associée. Les expressions de *délayants*, d'*atténuants* et les idées qu'on leur attache, furent mises en avant à la même époque. Quand il fallut envelopper les âcres, on créa les incressants, etc. ; ceux qui ne virent que *relâchement* et *tension* des fibres dans les maladies, que le *laxum* et le *strictum*, employèrent les *astringents* et les *relâchants*. Les *rafraîchissants* et les *échauffants* furent mis en usage, surtout par ceux qui eurent spécialement égard, dans les maladies, à l'excès ou au défaut de calorique. Des moyens identiques ont eu souvent des noms différents, suivant la manière dont on croyait qu'ils agissaient : *désobstruant* pour l'un, *relâchant* pour un autre, *rafraîchissant* pour un autre, le même médicament a été tour à tour employé dans des vues toutes différentes et même opposées, tant il est vrai que l'esprit de l'homme marche au hasard quand le vague des opinions le conduit. »

Et voilà pourtant ce que nous montre l'histoire des progrès de la médecine : période d'engouement, période de désenchantement. Combien y a-t-il de temps que la doctrine physiologique suffisait à tout ? Et maintenant, cette gastrite naguère si universelle, qu'est-elle devenue ? Néanmoins, soyons juste ; quand, en 1832, la doctrine physiologique fut décapitée par le choléra, vu l'impuissance de la méthode antiphlogistique contre cette terrible épidémie, et que le colosse eut été mis en morceaux, chacun prit le sien et se l'appropria, car on vit que les morceaux étaient bons. Ce n'était pas sans raison, en effet, que Broussais avait appelé l'attention du côté des organes digestifs ; le centre épigastrique entretient d'intimes relations avec le centre encéphalique, là vient retentir l'effet des passions, de là partent les stimulations qui réagissent fortement sur l'axe cérébro-rachidien. Le rôle de ces organes ne pouvait, par conséquent, être définitivement abandonné : donc aujourd'hui le vent tourne à la *dyspepsie*.

« Quel praticien, disait dernièrement, dans le *Bulletin* même, un professeur de thérapeutique, M. le docteur Pihan-Dufeillay, ne pourrait faire un *formidable relevé des victimes à lui connues de la dyspepsie?* »

Broussais ne disait pas mieux au sujet de la gastrite. Le fait est qu'en mettant sur le compte de la dyspepsie, comme le fait notre confrère, une foule de vertiges, de faiblesses musculaires, d'anesthésies cutanées, d'hémiplégies, de congestions cérébrales, etc., le cercle de la dyspepsie doit s'étendre pour le moins aussi loin que s'étendait naguère celui de la gastrite.

Mais, prenons garde, s'il y a des dyspeptiques chez lesquels la migraine n'est qu'une céphalalgie sympathique d'une mauvaise digestion, n'est-il pas également certain qu'on en trouve un non moins grand nombre chez qui la dyspepsie, les vomissements, ne sont que consécutifs aux douleurs de tête et à la céphalalgie? Quand on lit Abercrombie, on est étonné de voir dans combien de cas tous les désordres pathologiques se sont trouvés limités à la tête, bien que plusieurs des symptômes les plus prononcés parussent liés à une affection de l'estomac.

Voilà ce qu'il ne faut jamais oublier quand il s'agit de l'interprétation d'une maladie et d'une méthode thérapeutique. Et, pour en venir aux observations de notre confrère, nous lui dirons que l'activité des fonctions encéphaliques est le résultat de tant de circonstances différentes, que toute appréciation des troubles intellectuels, fondée sur une donnée exclusive, est nécessairement fautive et inexacte. Qu'on relise avec un esprit non prévenu les deux observations de M. Dufeillay, intitulées : *Hémiplégie de cause dyspeptique*, puis qu'on nous dise s'il est bien certain qu'une émission sanguine eût été si inopportune chez un marchand de vin, d'une constitution vigoureuse, au teint fortement bourgeonné, et si c'est bien réellement à l'emploi *simultané de la rhubarbe, de la noix vomique, du fer, du manganèse et de l'opium*, que ce malade a dû son rétablissement. *Post hoc, ergò propter hoc*, voilà un adage dont on abuse bien souvent, surtout en médecine.

Certes, les faits contradictoires ne manqueraient pas ici, et je n'en veux citer qu'un qui s'est présenté tout dernièrement dans ma clientèle, il prouvera qu'à tort ou à raison nous sommes loin de nous entendre sur les faits destinés à mettre en évidence les principales formes sous lesquelles se présente la dyspepsie.

Une demoiselle de cinquante ans fut frappée, il y a trois ans, d'une paralysie consécutive, selon moi, à une inflammation cérébrale. Les symptômes les plus remarquables consistèrent dans des convulsions de tout le côté droit, avec une céphalalgie violente caractérisée par des élancements d'arrière en avant de la tête, et une douleur profonde dans les orbites. Peu à peu la bouche se dévia, la parole devint inarticulée, et le côté se paralysa; cependant cet état s'améliora sous l'influence des émissions sanguines, des purgatifs et des révulsifs. Dès ce moment, néanmoins, il y eut une atteinte profonde portée à l'état de santé de cette demoiselle. Ainsi la vision resta trouble, la face colorée, la démarche chancelante, la mémoire moins sûre. Ces accidents, que je cherchais à combattre par les afflu-

sions fraîches, ne se dissipèrent jamais complétement, et de temps en temps il y avait recrudescence des premiers symptômes.

Tout dernièrement ces phénomènes morbides se renouvelèrent avec plus d'intensité, et comme ils résistaient plus que de coutume aux moyens employés, la démarche étant devenue plus chancelante, les douleurs de tête plus continues, la surdité plus prononcée, la perte de mémoire et la répétition des mêmes mots plus manifestes, on désira une consultation.

Je fus surpris, je l'avouerai franchement, en voyant le confrère appelé rapporter à une *dyspepsie* tous les symptômes si évidemment liés par moi à un état organique du cerveau, d'autant plus que les organes digestifs ne présentaient rien d'anormal, à l'exception de la constipation, si ordinaire en pareil cas. Le traitement conseillé fut l'acide arsénieux. Cependant, au bout de quinze jours, la malade n'ayant pas éprouvé d'amélioration, notre confrère se retira, pensant qu'il y avait peu de chose à faire.

Supposons actuellement que sous l'influence de cette médication, il y eût eu un mieux momentané, comme la chose était déjà arrivée plusieurs fois, d'autant plus que l'arsenic jouit d'une certaine vogue dans les paralysies, bien certainement c'eût été une observation de plus pour notre confrère en faveur de la dyspepsie. Mais, franchement, est-ce sur de semblables faits que l'on peut élever une théorie médicale? Combien de faits beaucoup plus concluants en faveur de la dyspepsie, et dans lesquels cependant tous les désordres se sont trouvés limités à la tête? Qu'on me permette d'en citer un seul emprunté à Abercrombie (Maladies de l'encéphale).

Un médecin arrivé au milieu de sa carrière eut, pendant un an, des attaques de dyspepsie avec des douleurs de tête. En octobre 1815, céphalalgie violente, avec fièvre, soulagée par la saignée; cependant, les digestions ne tardèrent pas à se suspendre complétement, la céphalalgie persista, il survint une émaciation générale et de fréquents vomissements, surtout le matin. Il eut différents malaises, qu'il rapportait au foie, dans lequel les plus habiles médecins *plaçaient le siége de sa maladie*. Au mois d'août 1816, il eut une violente céphalalgie, et son estomac ne put plus supporter aucune substance ingérée; la plus petite quantité était vomie au bout de quelque temps; la douleur diminua, mais les malaises du ventre et les vomissements continuèrent et s'accompagnèrent de constipation, d'éructations fréquentes et de hoquet. L'émaciation augmentait. Il eut, à la fin de septembre, deux fois une légère convulsion. La céphalalgie devint alors périodique. Les facultés intellectuelles étaient en-

tières, mais la conversation causait de la céphalalgie et parfois des convulsions. Il mourut subitement le 9 octobre.

A la nécropsie, 4 onces de sérosité dans les ventricules cérébraux ; à la partie inférieure du lobe gauche du cervelet, tumeur enkystée du volume d'une noix. Elle était recouverte par la dure-mère, et adhérait par un pédicule étroit à la substance du cervelet, où elle avait formé une dépression dans laquelle elle était logée. Sur la partie correspondante du lobe opposé, petite tumeur vermeille, du volume d'un gros pois. *Viscères abdominaux sains.*

Ce n'est pas là certes un fait isolé, et je pourrais en citer bien d'autres.

En résumé donc, et pour en revenir à notre point de départ, qu'il nous soit permis de dire combien il importe au praticien de méditer sur l'ensemble des lois pathologiques avant de vouloir édifier une théorie, car ce n'est qu'à l'aide d'une analyse consciencieuse et complète que le médecin conciliera les observations les plus contradictoires, en apparence, trouvant dans chacune d'elles un peu de vérité qui échappe à l'homme prévenu ou systématique ; or, c'est principalement sur ce point important que j'ai cherché à appeler l'attention dans l'ouvrage que j'ai publié.

Ainsi voilà une paralysie. — Mais à quelle occasion est survenue cette paralysie? Est-elle liée à une lésion organique de la moelle, du cerveau? Est-ce une de ces paralysies réflexes sur lesquelles M. Brown-Séquard a appelé l'attention des observateurs ? Serait-elle consécutive à une affection des poumons, de la plèvre, à une irritation du pneumo-gastrique ? ou bien dépendrait-elle tout simplement d'un état nerveux, comme les paralysies hystériques dont j'ai cité plusieurs exemples remarquables dans mon ouvrage.

On comprend de suite l'importance de ces questions pour le diagnostic et le traitement d'une hémiplégie. Ainsi les unes seront incurables, car quel médicament, si énergique qu'il soit, pourra contribuer à la reconstruction de la trame de nos tissus, tandis que d'autres, ne reconnaissant pas les mêmes causes, se trouveront bien des préparations arsenicales, comme les paralysies dont parle Dehaën, M. Imbert-Gourbeyre. D'autres, enfin, céderont à une vive impression morale, à une secousse violente, etc. De là la nécessité d'étudier toutes les opinions, mais à la condition de ne les accepter qu'avec une grande réserve, puisque rien n'est plus incertain qu'une apparence morbide, que l'on veut toujours rattacher à une lésion fixe et déterminée. Et, à cette occasion, nous rappellerons les paroles judicieuses de James Sims : « Comment celui qui ne lit

qu'un livre, ou qui ne s'attache qu'à un système, pourrait-il constater que sa méthode est la plus avantageuse? » PADIOLEAU, D^r. M.

Nantes.

BULLETIN DES HOPITAUX.

ETUDE SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE LA NARCÉINE ET SUR SON ACTION THÉRAPEUTIQUE DANS QUELQUES MALADIES, CHEZ LES ENFANTS [1]. — Parmi les nombreux principes immédiats de l'opium qui sont demeurés jusqu'ici sans application, il en est un qui, à en juger par les résultats d'études toutes récentes, était loin de mériter un pareil délaissement, c'est la *narcéine*. Chose singulière, quoique peu rare dans l'histoire de notre art et de ses péripéties, la même méthode, qui vient d'avoir le privilége de réhabiliter cette substance organique, avait autrefois entraîné son oubli et son rejet hors de la matière médicale et de la thérapeutique.

A peine, en effet, la narcéine venait-elle d'être découverte (en 1832, par Pelletier) qu'elle était immédiatement soumise à l'expérimentation sur les animaux. Or, Magendie la déclarait « sans activité appréciable » chez le chien, à la dose de deux grains (0gr,10) [2].

Orfila dit avoir injecté *impunément quatre grains* (0gr,20) de narcéine dans la veine jugulaire de chiens de moyenne taille. On comprend qu'après ces déclarations, appuyées sur le résultat d'expériences diverses, la thérapeutique ne se soit nullement préoccupée d'une substance qu'elle était autorisée à regarder comme complétement inerte.

Cependant, en 1852, M. Ch. Lecomte faisait connaître les résultats de quelques expériences qui établissaient clairement la propriété essentielle de la narcéine, propriété hypnotique, et démontraient en même temps quelques-uns des effets physiologiques auxquels elle donne lieu chez les animaux ; malheureusement, ces résultats, bien que communiqués à la Société de physiologie et insérés dans ses Mémoires, furent sans écho, et ce n'est que tout récemment que M. Cl. Bernard a, par ses ingénieuses et précises recherches expérimentales, réveillé l'attention sur ce point et préludé à l'introduction définitive de la narcéine dans la thérapeutique.

---

(1) Nous empruntons aux *Bulletins de la Société médicale d'observation* ce travail, qui vient compléter les recherches déjà publiées dans notre Recueil sur ce médicament nouveau.

(2) *Formulaire sur l'emploi des médicaments nouveaux.*

Je n'ai pas à rappeler ces expériences, aujourd'hui connues de tout le monde; elles ont ouvert la voie des applications, voie si obscure, quand, dans sa recherche, on n'a pour guide que les tâtonnements d'un empirisme plus ou moins aveugle.

Mais, pour entrer dans cette voie, il s'agissait de transporter l'expérimentation de l'animal à l'homme; quelque naturel que puisse paraître le passage de l'un à l'autre, ce serait s'exposer à l'erreur et surtout à l'illusion de croire que l'identité des effets physiologiques de telle ou telle substance, appliquée à l'organisme de la bête ou à celui de l'homme, sera toujours parfaite et invariable.

Pour ce qui est de la narcéine, par exemple, on est frappé par l'uniformité constante des résultats obtenus chez les animaux : tous les chiens, dans les mêmes conditions, éprouvent, sous l'influence de cet alcaloïde, le même sommeil, un réveil semblable, en un mot, des phénomènes physiologiques toujours et absolument identiques; pas la moindre variation à cet égard ; il semble que devant l'expérimentation tous les animaux soient égaux.

Si la propriété dominante de la narcéine se révèle presque toujours chez l'homme comme chez l'animal, ce n'est point sans quelques variations dans les effets qui suivent son administration ; pour ne point s'attendre d'ailleurs à ces variations, il faudrait ignorer ou méconnaître l'influence des conditions individuelles si complexes et si variées qui domine l'état de maladie chez l'homme.

Déjà les observations réalisées par M. Béhier révèlent de notables différences dans l'action du médicament lorsqu'on l'applique à l'un ou à l'autre sexe; il résulte, en effet, de ces observations, que, *chez les femmes*, la narcéine peut déterminer le vomissement, au moment où le sommeil est interrompu [1].

Guidé par ces donnécs expérimentales, nous avons essayé de les compléter par l'étude de l'influence des conditions d'âge sur les effets du médicament, faite chez les vieillards et les enfants. Aujourd'hui je ne m'occuperai que de ces derniers.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, la narcéine, convenablement administrée, produit (c'est là sa propriété essentielle) l'hypnotisme; mais le sommeil narcéique a cela de particulier, qui en fait surtout le mérite, qu'il n'entraîne pas au réveil ces lourdeurs de tête allant quelquefois jusqu'à l'hébétude, ces sensations pénibles du côté du tube digestif, souvent cette tendance aux lipothymies; en un mot, tous ces malaises bien connus qui accompagnent l'administration

[1] *Bulletin de Thérapeut. méd. et chirurg.*, t. LXVII, p. 157.

de la plupart des autres alcaloïdes usités de l'opium, notamment la codéine et la morphine.

Parmi les faits que j'ai observés, le suivant témoigne au plus haut degré de la réalité de ces effets et de ces avantages de la narcéine.

Une jeune fille de dix ans, couchée au numéro 3 de la salle Sainte-Geneviève (hôpital des Enfants, service de M. H. Roger, suppléé par M. Bouchut), présentait tous les signes de la phthisie pulmonaire tuberculeuse au troisième degré, notamment les signes de cavernes, au sommet du poumon gauche; la nuit était sans sommeil et agitée par des rêves bruyants ou par les manifestations d'un délire loquace; la toux était en même temps fréquente et s'accompagnait de vomissements.

L'administration de 10 grammes de sirop diacode et simultanément d'une pilule d'extrait thébaïque de 2 centigrammes par jour n'avait pas apporté à ces symptômes de modification appréciable, lorsque la narcéine fut pour la première fois administrée, le 14 septembre, sous forme de sirop composé comme il suit (d'après la formule du docteur Debout) :

Narcéine.............................	25 centigrammes.
Sirop simple..........................	500 grammes.
Acide acétique........................	Q. S.

D'après cette formule, chaque cuillerée à bouche (20 grammes) du sirop contient 1 centigramme de l'agent médicamenteux. C'est cette préparation, pour le dire de suite, qui a été employée dans toutes nos observations.

Or, chez la petite malade dont il s'agit, le sirop fut donné d'abord à la dose de 20 grammes, c'est-à-dire une cuillerée à bouche (soit $0^{gr},01$ de principe actif).

Le troisième jour seulement, l'effet produit est très-sensible; l'enfant dort paisiblement, ne parle plus et ne délire plus ; partant la toux est calmée et les vomissements qui la suivaient ne se produisent plus.

Cependant ils ont encore lieu quelquefois le jour.

Ce calme se maintient les nuits suivantes, bien que la dose ne soit pas augmentée.

Ce fait est d'autant plus probant que les effets de la narcéine y peuvent être appréciés, comparativement avec ceux d'autres préparations opiacées restées infructueuses.

Dans un autre cas, relatif à un garçon âgé de huit ans, également atteint de phthisie pulmonaire tuberculeuse au troisième degré, et

couché au numéro 9 de la Salle Saint-Jean (service de M. Bouvier), l'administration de la narcéine eut aussi des effets très-favorables ; depuis plus d'un mois ce malheureux enfant était presque complétement privé de sommeil ; c'est tout au plus s'il dormait *une heure* par nuit ; son insomnie était en outre accompagnée par des douleurs dont il était très-difficile de préciser le véritable siége, mais qui arrachaient au jeune malade des cris perçants ; d'ailleurs il toussait et crachait peu.

Donnée d'abord à la dose de 0gr,01 (une cuillerée à bouche de sirop), la narcéine n'a pas amené d'effet appréciable.

Mais deux cuillerées de sirop (c'est-à-dire 0gr,02 de principe actif) ayant été administrées dès le lendemain, la nuit est très-sensiblement meilleure ; l'enfant ne s'est pas réveillé avant deux heures du matin, s'étant endormi vers neuf heures du soir.

Le jour suivant, bien que la dose du médicament n'ait pas été augmentée, le sommeil a été encore plus durable, puisqu'il s'est prolongé jusqu'à trois heures du matin.

Mais rien ne saurait mieux démontrer que la suite de cette observation combien il importe, pour apprécier sainement la valeur de cette médication, de tenir compte des conditions de l'état morbide.

L'affection tuberculeuse qui, comme je l'ai dit, était chez ce malade à sa période ultime, fit des progrès rapides, et c'est en vain que l'on demanda alors à la narcéine ses effets calmants et somnifères, même aux doses successivement croissantes de 3, 4 et 5 centigrammes. Le sirop diacode qu'on lui substitua, ne fut pas plus heureux. L'enfant ne tarda pas à succomber.

Voici un autre fait qui me paraît intéressant à plus d'un titre, ce qui m'engage à en présenter le résumé :

Un garçon de quatre ans et demi entrait, le 14 septembre 1864, salle Saint-Jean, n° 22 (service de M. Bouvier), pour une angine diphthéritique consécutive à une scarlatine ; aux phénomènes locaux habituels s'ajoutaient, chez le petit malade, du subdelirium et une insomnie tenace traversée par des cris douloureux presque continus.

Le sirop de narcéine fut donné d'abord à la dose d'une cuillerée (soit 0gr,01 de substance active) ; il ne produisit pas d'effet sensible. La dose ayant été portée ensuite à deux cuillerées (0gr,02), la nuit fut beaucoup plus calme et il y eut un peu de sommeil ; on remarqua, en outre, l'apaisement du subdelirium, qui ne se reproduisit pas non plus durant le jour, ainsi que cela avait lieu avant

l'administration du médicament; le malade cessa pareillement de pousser des cris plaintifs.

Le quatrième jour, il prend trois cuillerées de sirop de narcéine (0gr,03 de celle-ci), et il dort presque la nuit entière; on remarque seulement *qu'il parle tout haut pendant le sommeil,* tandis qu'auparavant il ne parlait qu'étant éveillé. Le même phénomène continue à se manifester durant les nuits suivantes, en même temps que se maintiennent le calme et le sommeil.

L'enfant allant de mieux en mieux, l'emploi de la narcéine, dont la dose n'avait pas du reste dépassé 0gr,03, a été suspendu.

Non-seulement ce fait apporte un nouvel et irrécusable témoignage à la réalité de l'action hypnotique et sédative de la narcéine, mais il fait ressortir, de plus, l'un de ses effets physiologiques, tel à peu près qu'il a été observé dans l'expérimentation sur les animaux : cet enfant tenant un discours et faisant ses réponses sans interrompre le cours de son sommeil, ne rappelle-t-il pas le chien de M. Ch. Lecomte, qui, soumis à l'influence de la narcéine, chasse en dormant les mouches qui le piquent et ne cesse pas pour cela de dormir?

Avant d'aller plus loin dans cette étude, je ferai remarquer que l'action de la narcéine ne se manifeste guère, chez les enfants, que lorsque la dose en a été portée à 2 et surtout 3 centigrammes; c'est là, du moins, ce que paraissent démontrer clairement les quelques faits qui précèdent.

Toutefois, il ne faudrait pas croire que cette action se produise toujours avec une sûreté parfaite et invariable; il résulte de notre observation que, dans certains cas régis sans doute par l'influence idiosyncrasique, la manifestation très-peu accusée d'abord des effets de la narcéine fait ensuite presque complétement défaut, et le cède à l'action plus favorable d'une préparation voisine, celle de morphine par exemple.

C'est ainsi que chez un garçon de quatorze ans (n° 27, salle Saint-Jean), affecté de variole, au quatrième jour de l'éruption, et qui présentait une insomnie complète, l'administration de la narcéine pendant trois jours, aux doses de 0gr,02 et 0gr,03 (40 et 60 grammes de sirop), n'amena aucune modification bien sensible dans l'état nocturne du malade.

Au sirop de narcéine fut alors substitué le sirop de morphine; dès le deuxième jour, et moyennant deux cuillerées (soit 40 grammes) de ce dernier, le malade jouissait d'un bon sommeil pendant la plus grande partie de la nuit.

Peut-être n'est-il pas indifférent de noter qu'à ce moment l'état fébrile était sur son déclin.

Il n'est pas douteux qu'il ne faille aussi, dans les circonstances où se manifeste l'impuissance du médicament, faire la part de l'accoutumance; et il n'est pas indifférent de rappeler, à ce propos, la remarque faite par M. Cl. Bernard, relativement aux jeunes animaux soumis à l'influence de la narcéine.

« Ils présentent, dit-il, une accoutumance rapide aux effets soporifiques des trois substances (morphine, codéine et narcéine). J'ai constaté que ces phénomènes d'accoutumance sont quelquefois de longue durée (1). »

L'on verra, par quelques-uns des faits qui vont suivre, que ces remarques peuvent également trouver leur application dans l'observation des effets de la narcéine chez les jeunes enfants.

Quoi qu'il en soit, ni dans les cas qui précèdent ni dans plusieurs autres que j'ai observés, l'administration de la narcéine n'a donné lieu à aucun accident notable; je n'ai pas vu constamment se produire des vomissements sous son influence, même chez les enfants du sexe féminin. Il est vrai que des vomissements ont eu lieu chez deux de nos petits malades, pendant qu'ils étaient soumis à l'usage de la narcéine, mais il est évident qu'elle n'en était point responsable. L'un d'eux, en effet, affecté de phthisie tuberculeuse, ne vomissait qu'à la suite de l'administration de l'huile de foie de morue dont il n'a pris que très-difficilement l'habitude; l'autre, qui subissait les accidents paralytiques locaux consécutifs à une angine diphthéritique, ne vomissait qu'au moment où il prenait des aliments; d'ailleurs, ces vomissements, ou plutôt ces régurgitations, ont continué après la suppression de la narcéine, ce qui démontre bien qu'ils ne devaient pas être attribués à cette dernière.

Il résulte des observations réalisées par MM. Debout et Béhier, qu'une certaine difficulté dans l'émission des urines est quelquefois la conséquence de l'administration de la narcéine; ce résultat concorde, d'ailleurs, avec celui de l'expérimentation sur les animaux, car M. Ch. Lecomte avait noté que les chiens auxquels il avait injecté la narcéine rendaient généralement des matières fécales sans rendre de l'urine (2). Je n'ai pas observé jusqu'ici ce symptôme chez mes petits malades : un seul d'entre eux a accusé des besoins fréquents d'uriner, mais le malade se trouve être celui chez lequel

---

(1) *Loc. citat.*, p. 198.

(2) *Bull. de la Société de Biologie*, t. IV, p. 30. 1852.

l'emploi de la morphine avait été substitué à l'usage de la narcéine, et ce n'est qu'après cette substitution que se manifesta le léger accident dont il s'agit.

Je pense, néanmoins, qu'il est sage de faire, à cet égard, quelques réserves, en raison des difficultés qu'il y a à constater des phénomènes de cette nature chez de jeunes sujets, inaptes pour la plupart à produire leurs sensations, et réalisant leurs déjections de manière à en rendre le contrôle à peu près impossible.

Si, dans les faits qui ont été soumis à mon observation et dont quelques-uns viennent d'être exposés, les effets de la narcéine se sont produits constamment avec l'immunité qui est propre à cet agent thérapeutique, il ne semble pas qu'il en doive toujours être de même, à en juger par le cas suivant; il est, à la vérité, le seul de ce genre que j'ai observé; mais bien que constituant une exception rare, il mérite d'autant plus d'être connu dans ses principaux détails, qu'il consacre un résultat véritablement inattendu :

Un garçon de treize ans (salle Saint-Paul, n° 26), présentant tous les signes physiques et fonctionnels de la phthisie pulmonaire tuberculeuse au premier degré, était depuis longtemps privé de sommeil la nuit; il était réveillé à tout instant par la toux et le besoin d'une expectoration abondante et muco-purulente.

Le 4 septembre 1864, il prend pour la première fois une cuillerée de sirop de narcéine (par conséquent 0gr,01 de principe actif).

La nuit est excellente; jamais cet enfant n'avait autant ni si bien dormi depuis trois mois qu'il est à l'hôpital; il a aussi expectoré beaucoup moins abondamment que d'habitude. La dose du sirop de narcéine est portée dès le lendemain à deux cuillerées, 40 grammes.

La nuit a été moins bonne que la précédente; le malade s'est réveillé plusieurs fois pour tousser, mais il se rendormait presque immédiatement après. Le médicament est maintenu à la même dose, savoir 40 grammes de sirop (0gr,02 de narcéine).

La nuit s'est passée sans sommeil et n'a pas différé de celles qui avaient précédé l'administration de la narcéine; de plus le malade accuse *des picotements* dans les yeux.

Les deux jours suivants on donne successivement 3 et 4 centigrammes de narcéine, c'est-à-dire trois et quatre cuillerées de sirop.

Non-seulement il n'y a pas de sommeil, mais les nuits paraissent être moins bonnes, ou mieux, plus mauvaises que d'habitude. — En outre, le malade se plaint de vives coliques et d'une forte pesanteur de tête le matin.

A la narcéine, qui est alors supprimée, on substitue le sirop de morphine.

Une cuillerée donnée le premier jour ne produit pas d'effet bien sensible.

Deux cuillerées, le lendemain, amènent un peu de sommeil ; le troisième jour, le sommeil dure presque toute la nuit, et de même les jours suivants jusqu'au 4 octobre, époque à laquelle quelques accidents intercurrents, qui ne sont point du fait de la médication, obligent à la suspendre.

Chose remarquable, pendant tout le temps qu'a duré l'administration de la morphine, l'enfant n'a pas accusé la moindre lourdeur de tête, et il était, comme on le pense bien, soigneusement interrogé à cet égard.

Il s'est donc produit, dans ce cas, un effet inverse de celui auquel on avait droit de s'attendre, et il semble que la morphine ait usurpé pour ainsi dire les qualités de la narcéine. C'est là une nouvelle preuve de l'influence de ces conditions complexes de l'expérimentation thérapeutique dont je parlais au début de cette étude, conditions que l'on ne doit jamais perdre de vue, quoique souvent insaisissables, dans leur nature, pour ne pas trop subir le joug des surprises que nous ménage la pratique.

Sous l'influence du sommeil narcéique, la toux a été à peu près constamment calmée chez nos petits phthisiques ; ce calme est d'ailleurs une conséquence pour ainsi dire obligée de l'effet hypnotique. Toutefois, l'expectoration ne nous a pas paru subir de modification bien appréciable ni dans sa quantité, ni dans sa qualité ; dans un seul cas tout au plus (celui que j'ai relaté en dernier lieu), l'expectoration se montra très-passagèrement un peu moins abondante ; mais je ferai remarquer que ce symptôme fait souvent défaut chez les enfants et qu'il est, en tout cas, plus difficile à apprécier à cet âge que dans l'âge adulte ; aussi le résultat quasi négatif qui précède n'implique pas, en réalité, contradiction avec le résultat obtenu à cet égard par M. Béhier, qui a presque toujours observé, chez les phthisiques de son service soumis à l'usage de la narcéine, une diminution dans la quantité de l'expectoration, et en quelque sorte dans sa consistance.

Quoi qu'il en soit, l'action simultanément hypnotique et sédative de la narcéine, bien établie par la plupart des faits qui précèdent, nous avait paru, *à priori*, pouvoir être mise à profit dans une affection dont les manifestations nocturnes troublent plus ou moins le repos et le sommeil des enfants, et apportent par là de profondes

perturbations dans l'organisme, je veux parler de la coqueluche. C'est surtout en vue des quintes nocturnes que nous avons, dans cette affection, essayé la narcéine; or, les deux faits qui suivent vont montrer que cet essai a donné lieu à des résultats très-encourageants.

Le 23 août 1864 entrait à l'hôpital des Enfants (salle Sainte-Geneviève, n° 2, service de M. H. Roger, suppléé par M. Bouchut) une petite fille de quatre ans, affectée de coqueluche depuis environ trois semaines, avec ulcération blanc grisâtre du frein de la langue; elle avait de nombreuses quintes suivies de vomissements le jour et la nuit, et ni le sirop de belladone, ni la respiration d'une atmosphère chargée des produits d'épuration du gaz de l'éclairage, successivement et simultanément employés, n'avaient amené aucune modification dans l'état de la petite malade.

Le 12 septembre. Le nombre des quintes était exactement de cinq à six dans la journée, et de trois *très-fortes* dans la nuit. Le sirop de narcéine fut alors donné pour la première fois à la dose de 20 grammes, une cuillerée, le soir.

Les deux premiers jours il n'y eut pas d'effet très-sensible.

Mais le 16 septembre, les quintes de nuit firent totalement défaut; le sommeil fut complet, et les quintes de la journée furent réduites de deux; le sirop de narcéine est continué à la même dose.

Le 17 et le 18. L'amélioration persiste, et toute la nuit se passe sans quintes et dans le plus tranquille sommeil.

Mais le 19, deux fortes quintes ont reparu la nuit, sans être suivies, toutefois, des vomissements habituels; ceux-ci reparaissaient à leur tour le lendemain.

Ce changement subit eût pu tout d'abord être mis sur le compte de l'accoutumance et fournir l'indication d'augmenter la dose du médicament; mais sa cause réelle se révélait bientôt par les manifestations prodromiques d'une rougeole qui ne tarda pas à éclater. Dans ces conditions, il n'y avait guère lieu de continuer fructueusement l'essai de la narcéine: elle fut suspendue.

L'expérimentation, dans ce cas, est donc restée incomplète, mais la réalité du résultat obtenu ne permet pas de lui refuser une certaine valeur; ce premier résultat, du moins, était de nature à légitimer de nouveaux essais, et parmi ceux qui ont été réalisés depuis, le suivant démontre plus évidemment encore l'action favorable de la narcéine dans la maladie dont il s'agit.

Un petit garçon âgé de trois ans et demi, couché au numéro 11 de la salle Saint-Louis, atteint de coqueluche depuis trois semaines

(avec ulcération du frein de la langue), avait été soumis, sans résultat notable, à l'usage du sirop de belladone et du café.

Le 20 septembre. Il y avait dix quintes dans la journée, suivies de vomissement, et trois ou quatre dans la nuit; le sirop de narcéine fut prescrit à ce moment à la dose de 30 grammes le soir (1 centigramme 1/2 de principe actif).

Cinq jours après, l'amélioration est telle que la nuit entière se passe en un bon sommeil, sans une seule quinte, et au lieu de dix quintes dans le jour, il n'y en a plus que trois fortes et deux petites, mais ni les unes ni les autres ne sont accompagnées de vomissement.

Le 1er octobre. Il n'existait plus que trois accès dans la journée, et la nuit continuait à se passer sans quintes et avec un sommeil tranquille.

Nous avons dû laisser là le cours de cette observation, mais nous savons que le rétablissement complet du petit malade n'a pas tardé à se produire.

Je n'ignore pas, — et je vais au-devant d'une objection qui pourrait m'être faite, — qu'à la période où était arrivée la maladie dans les deux faits qui précèdent, la plupart des médications ont plus de chance de réussir, leur action, si elle existe en réalité, étant singulièrement favorisée par le decursus naturel de l'affection; mais je ferai remarquer que, dans le deuxième cas surtout, l'intensité des manifestations était, pour ainsi dire, à son summum; or, la rapidité de l'amélioration coïncidant juste avec l'administration de la narcéine, ne permet pas, ce me semble, de mettre en doute la réalité de son influence, si l'on songe surtout que cette amélioration a porté, tout d'abord et essentiellement, sur les manifestations nocturnes de la maladie.

Dr S.-V. LABORDE.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de la chorée par le sulfate d'aniline. Nos lecteurs se rappellent le mémoire de M. le docteur Turnbull, que nous avons publié sur ce sujet en 1862 (t. LXII), et les cas favorables qui s'y trouvaient rapportés. Depuis, nous avons rendu compte de faits du docteur Fraser, où le médicament s'était montré inefficace (t. LXIII). Récemment, ce dernier médecin y a eu recours de nouveau, et cette fois avec avantage, chez deux malades. Le premier, soumis d'abord au traitement par les purgatifs, eut deux rechutes à de courts intervalles. Ce fut alors que l'on administra le sulfate d'aniline, et, comme le malade ne s'est pas représenté à l'hôpital, il est probable que la guérison s'est maintenue. Chez le second malade, on essaya, en premier lieu, le traitement par les alcalins, mais

on dut l'abandonner pour revenir au sulfate d'aniline. Voici les faits en peu de mots :

I. Un jeune garçon de douze ans, né de parents qui n'ont jamais éprouvé d'affections rhumatismales, est amené à London hospital. Depuis quatre ans, il présente tous les symptômes de la chorée. On eut recours d'abord au jalap et au calomel, puis au sulfate d'aniline (sulfate d'aniline, 5 grains; acide sulfurique dilué, 10 gouttes; eau, 1 once, trois fois par jour). On pouvait observer les effets du médicament une demi-heure après son administration : la muqueuse buccale et les ongles prenaient une coloration bleuâtre qui allait en augmentant pendant deux heures, puis disparaissait graduellement. Le deuxième jour de ce traitement (commencé le 23 janvier), le malade se plaignit de céphalalgie et de vertiges. Le 27, céphalalgie, vertiges et vomissements. On suspend le médicament. Le lendemain, le malade est bien, et les mouvements convulsifs ont perdu de leur fréquence et de leur intensité. Le 29, on donne le sulfate d'aniline, et, dans la soirée, le malade accuse un léger mal de tête Le 3 février, le médicament est continué et plus ou moins bien supporté. L'amélioration est très-notable. Enfin, la guérison est complète le 25 février. La quantité totale d'aniline, administrée du 23 janvier au 14 février, s'éleva à 290 grains.

II. Jeune garçon de dix-sept ans, cuisinier, qui n'a jamais eu de rhumatisme ni de vers intestinaux. Le début de sa maladie remonte à huit mois. Le côté droit du corps est le siége de mouvements convulsifs; en outre, il existe tous les signes physiques d'une lésion mitrale. Le 23 janvier. on commence le traitement par l'aniline (sulfate d'aniline, 5 grains; acide sulfurique, 15 gouttes; eau, 1 once) Au bout de quelques jours, le jeune malade se plaint de céphalalgie et de vertiges. Les membranes muqueuses présentent une couleur mauve. Le 29, on suspend le traitement, et, vers le soir, le malade est bien mieux. Le 2 février, le mal de tête revient, mais non aussi intense. Depuis ce jour, l'usage du médicament n'est pas discontinué, et l'on n'observe aucun fâcheux effet, sinon une légère céphalalgie qui ne tarda pas à disparaître. Le 29, le malade sort de l'hôpital étant parfaitement guéri. La quantité d'aniline donnée fut de 315 grains. (*Med. Times*, 5 août 1865.)

Traitement de la coqueluche par la benzine. Dans une épidémie de coqueluche qui sévit à Schwabach et dans ses environs durant le cours de l'été de 1864, M. le docteur Lochner, trouvant que les moyens ordinairement mis en usage contre cette affection restaient sans action réelle, se détermina à user de celui qui venait d'être préconisé, et envoya les enfants qu'il avait alors en traitement dans les salles d'épuration du gaz d'éclairage. Mais ayant aperçu quelques difficultés dans cette pratique, qu'il jugea bonne d'ailleurs, il chercha s'il était possible de la modifier de manière à la rendre d'une application plus facile.

Pour atteindre ce but, il utilisa, parmi le grand nombre de corps chimiques que renferment les caisses épuratives du gaz, l'hydrophénil, qui, non purifié, est connu sous le nom de benzine. D'abord il l'administra avec une extrême prudence, à la dose de quelques gouttes seulement. Mais, après avoir lu que Mosler, de Giessen, avait fait prendre à ses malades cette substance à la dose de plusieurs drachmes dans le traitement des trichines, il devint moins craintif, et il croit avoir obtenu, à l'aide de cet agent, les mêmes résultats que par le séjour dans les salles d'épuration des usines à gaz. Il administre le remède à l'intérieur, à la dose de 10, 15, 20 gouttes et plus, en plusieurs doses, dans de l'eau ou dans une émulsion, et pour aider à son action interne, il en fait verser quelques gouttes sur le lit des malades, de manière à les envelopper d'une atmosphère contenant des vapeurs analogues à celles des salles d'épuration, avec la précaution toutefois de renouveler de temps à autre l'air de la chambre.

M. Lochner rapporte plusieurs exemples à l'appui de la médication qu'il préconise, et entre autres le suivant, remarquable, en effet, par la rapidité de la cure.

Chez une forte petite fille de quatre ans, qui souffrait depuis trois semaines de toux catarrhale, et chez laquelle s'étaient déclarés à la fin des accès de coqueluche, augmentant chaque jour en force et en durée, ayant épuisé, dit-il, la série des médicaments préconisés, Ipécacuanha, ammonium, morphine et autres, il lit prendre pour la première fois, le 11 septembre, quelques gouttes d'hydrophénil trois fois par jour, et continua les jours suivants. Les accès qui s'élevaient, le

11 et le 12, à vingt-deux et vingt-quatre, tombèrent le jour d'après à treize, encore avec vomissements. Le 14 septembre, quatrième jour de la médication, il n'y en avait plus que cinq, et l'enfant, pour la première fois depuis le début de la maladie, avait parfaitement dormi la nuit. Le 15, encore quatre accès, dont deux avec vomissements. Le 16, encore de la toux, mais sans quinte. L'amélioration se maintint ensuite jusqu'au 21, jour où notre confrère cessa de voir la petite malade.

Des exemples qu'il a eus sous les yeux, M. Lochner conclut que la benzine agit dans la coqueluche, bien entendu sans complication, absolument de la même façon que les produits gazeux de la chambre d'épuration, c'est-à-dire diminue les accès en longueur et en intensité, mais qu'elle possède l'avantage notable d'être d'un emploi plus facile. Il pense, d'après quelques observations qu'il a recueillies, qu'elle pourrait être également employée avec avantage dans les cas d'affection catarrhale des adultes. (*Aerztliches Intelligenz-Blatt*, n° 1, et *Journ. de méd. de Bruxelles*, avril 1865.)

De l'emploi des injections sous-cutanées dans des cas de vomissements, de diarrhée, et de névralgies intercostales chez les phthisiques. La méthode des injections sous-cutanées a reçu une très-heureuse application dans le traitement de quelques-unes des douloureuses et pénibles complications de la phthisie pulmonaire, les névralgies intercostales, la diarrhée et les vomissements.

Les faits qui servent de base à cette application nouvelle, ont été recueillis dans le service du professeur Béhier et font l'objet d'une très-bonne thèse d'un de ses élèves, M. Constantin Codrescu.

La solution injectée était composée de *une partie* de chlorhydrate de morphine pour *cent* parties d'eau. Quant au lieu précis où doit être faite l'injection, il varie suivant l'indication; quand il s'agit d'une névralgie intercostale, l'injection doit être faite et la canule enfoncée parallèlement à l'espace intercostal dans le point où la douleur est le plus intense et semble de là s'irradier aux parties voisines. (D'après l'indication de M. Béhier, on doit enfoncer le trocart assez profondément pour se rapprocher le plus possible du nerf douloureux.)

Pour arrêter les vomissements, on doit faire de préférence l'injection dans la région épigastrique, et, pour la diarrhée, dans la fosse iliaque droite.

Relativement aux injections faites pour arrêter les vomissements, on a observé ceci de particulier : *une* injection d'environ 15 gouttes de la solution de morphine au centième a suffi pour éloigner les vomissements au moins pour six jours, et, dans certains cas, pour dix et douze jours; mais lorsqu'on refaisait une seconde, puis une troisième injection, on voyait les vomissements reparaître à des intervalles de plus en plus rapprochés. Pour n'en citer qu'un exemple, après une première injection, les vomissements n'ont reparu qu'au bout de dix jours, au bout de six jours après la seconde injection, au bout de quatre jours après la troisième; cela tient, d'une part, à ce que l'action du médicament s'épuise à mesure qu'on renouvelle les injections, et d'autre part, à l'affaiblissement progressif des malades, ce qui rend le succès de l'opération de moins en moins durable.

Dans les cas de diarrhée, le succès de l'injection dépend des progrès de la cachexie; dans les diarrhées colliquatives ultimes, on ne peut attendre aucun résultat heureux d'injections, même répétées, de morphine; mais dans des cas plus favorables (au point de vue de l'état général du malade), l'injection a produit de bons effets. C'est ainsi que, dans l'observation VIII de la thèse de M. Codrescu, nous voyons qu'il a suffi de deux injections de chacune 25 gouttes de la solution au centième de chlorhydrate de morphine pour éloigner de six jours la réapparition d'une diarrhée jusque-là persistante, et qui avait résisté aux lavements de laudanum, à l'acétate de plomb, au sous-nitrate de bismuth.

Mais c'est surtout dans les cas de névralgie intercostale que les injections constituent une ressource précieuse et un moyen de soulagement dont l'effet est à peu près certain. Sur six malades dont l'observation se trouve rapportée dans la thèse de M. Codrescu, deux fois seulement la douleur reparut; dans tous les autres cas, il suffit seulement d'une ou deux injections de vingt gouttes pour la faire disparaître.

Dans tous ces cas, qu'il se soit agi d'arrêter les vomissements et la diarrhée ou de combattre une névralgie intercostale, quels qu'aient été le nombre

des injections et leur siége, on n'a jamais observé d'accidents que l'on puisse attribuer soit à la piqûre, soit à la substance médicamenteuse introduite en solution sous la peau.

Empoisonnement à la suite d'une injection hypodermique de sulfate neutre d'atropine. Au cas, que nous avons rapporté dernièrement, d'empoisonnement par l'atropine appliquée par la méthode endermique, nous ajouterons le suivant, qui est de nature à mettre en garde les praticiens contre l'activité énergique de ce puissant alcaloïde, et à leur faire voir avec quelle prudence il importe de le manier.

Une dame âgée de cinquante-huit ans, hystérique depuis son enfance, était atteinte depuis plusieurs années d'une névralgie à forme erratique, pour laquelle elle avait reçu successivement les soins de plusieurs médecins. Depuis quelques mois les douleurs s'étaient localisées au côté droit, se faisant sentir principalement au-dessous de l'omoplate, d'où elles s'irradiaient à l'épaule, au cou et à la partie antérieure de la poitrine jusqu'au niveau du mamelon. Tout l'arsenal des moyens que la thérapeutique fournit contre la névralgie ayant été mis en vain à contribution jusque-là, M. le docteur J. Delaye crut devoir recourir à l'injection hypodermique de sulfate neutre d'atropine, le seul agent peut-être qui n'eût pas encore été essayé. Le 5 juin, injection de 4 milligrammes environ, qui d'abord est bien supportée. Mais un quart-d'heure après, la malade, ayant voulu se lever de son fauteuil, est prise immédiatement d'un tournement de tête, tombe, crie, appelle au secours, puis ne peut plus parler; elle ne voit plus, n'entend plus, est saisie d'un délire général et d'hallucinations bizarres. A l'arrivée de notre confrère, rappelé aussitôt, la parole est revenue, mais le délire persiste, ainsi que les hallucinations; surexcitation considérable; mouvements cloniques des membres, yeux convulsés; dilatation énorme de la pupille; sécheresse et constriction de la gorge; respiration entrecoupée; pouls convulsif; peau sèche et froide; visage hagard.

Cet état dure trois heures, pendant lesquelles il est impossible de faire prendre quoi que soit à la malade. Frictions sèches, sinapismes, moyens propres à rappeler la chaleur; puis café à haute dose, et potion avec laudanum 15 gouttes, et iodure de potassium 4 grammes; lavement purgatif.

Sous l'influence de ce traitement les accidents allèrent s'atténuant peu à peu, la chaleur revint, des sueurs abondantes se manifestèrent, et des selles copieuses eurent lieu; mais l'excrétion urinaire resta suspendue pendant dix-huit heures. Le lendemain tout danger avait cessé; il restait seulement de la mydriase, de la respiration stertoreuse, de la fièvre, symptomes qui ne tardèrent pas à disparaître à leur tour. — Au milieu de ces accidents si graves, la névralgie a disparu, et la malade qui ne se doute pas du danger qu'elle a couru, se félicite d'avoir obtenu sa guérison au prix de ce qu'elle croit n'avoir été que quelques instants de souffrance. (*Journal de méd. de Toulouse*, juillet 1865.)

Bons effets d'injections hypodermiques de morphine dans un cas d'angine de poitrine. Le fait a été observé par le docteur G. de Gorriquer Griffith, chez la femme d'un officier, âgée de trente-cinq à quarante ans, mariée, mais sans enfants, très-nerveuse, très-impressionnable et sujette à la dysménorrhée. M. Griffith fut mandé auprès d'elle, un matin, en toute hâte; la malade, disait-on, paraissait mourante. A l'arrivée de notre confrère, elle était dans un état de collapsus complet, évidemment dû à l'excès de la douleur qu'elle éprouvait. Elle avait été prise soudainement, et pensant que les souffrances pouvaient être adoucies par des applications rubéfiantes, on y avait eu recours immédiatement; mais il n'en était résulté aucun bénéfice, non plus que de divers autres moyens qui avaient déjà été employés. M. Griffith pratiqua de suite une injection sous-cutanée de morphine, en enfonçant l'aiguille dans la partie qui paraissait être le point de départ de la douleur, et d'où elle s'irradiait dans l'épaule et le membre supérieur gauches, ainsi que dans l'épaule et le sein droits. En ce point, qui correspondait à l'insertion du muscle pectoral gauche, la douleur était considérablement plus violente que partout ailleurs. Le soulagement fut immédiat; la malade tomba dans un sommeil profond, qui dura plusieurs heures; et, à son réveil, elle ne ressentait que peu de douleur. Toutefois, les souffrances, probable-

ment par suite d'une imprudence de la patiente, se reproduisirent peu après et redevinrent excessives ; mais le même moyen amena des effets tout aussi avantageux et tout aussi prompts. (*Medical Press*, 30 août 1865.)

Ascite traitée par l'injection iodée, guérison. Depuis que M. Dieulafoy, de Toulouse, a eu ce qui fut regardé comme une témérité, témérité heureuse en tout cas, d'injecter de la teinture d'iode dans la cavité péritonéale dans le but d'obtenir la guérison de l'ascite, son exemple a été suivi par plusieurs praticiens distingués, et des succès assez nombreux ont été publiés, pour la plupart ici même. Plusieurs auteurs ont étudié avec soin cette question, mais aucun, ce nous semble, d'une manière plus complète que notre collaborateur, le professeur Teissier, de Lyon, qui a donné de bons préceptes sur les conditions où l'opération peut être indiquée, à savoir quand l'ascite n'est pas symptomatique d'une affection organique, et sur la manière la plus inoffensive de la pratiquer (Voir *Bull. de Thér.*, tome XLV). Voici aujourd'hui un nouveau cas suivi de succès, qui, comme le premier, nous vient aussi de Toulouse; il est dû à M. le docteur L. Desclaux.

Il s'agit d'une femme âgée de cinquante ans, d'une bonne constitution, ayant cessé d'être réglée depuis six années. Après avoir toujours joui d'une bonne santé, elle fut atteinte pour la première fois de rhumatisme articulaire aigu pendant l'hiver de 1860, puis vers la même époque des années suivantes. En août 1863, elle s'était aperçue d'un peu d'œdème des extrémités inférieures ; le rhumatisme avait ensuite reparu en septembre, mais avec une durée moindre que précédemment; à la suite, l'œdème s'était accru et le ventre avait acquis un grand développement. L'hydropisie, combattue d'abord par les diurétiques, n'avait aucunement diminué.

Lorsque M. Desclaux fut appelé à voir la malade, le 25 décembre 1863, elle était amaigrie, anémiée; l'abdomen très-volumineux, mesurant 1m,34 de circonférence à l'ombilic, décelait à l'exploration physique tous les signes classiques de l'ascite. L'administration de purgatifs et de diurétiques énergiques étant restée sans succès et le développement du ventre augmentant au point de rendre la dyspnée extrême, une ponction fut pratiquée le 9 janvier 1864. L'examen des organes abdominaux fait soigneusement après cette opération, celui du cœur aussi sans doute, ayant fait écarter toute idée d'affection organique, cause de l'hydropisie, M. Desclaux pensa que l'ascite était due à une localisation rhumatismale sur la séreuse péritonéale, et se crut autorisé, lorsque, quelque temps après, l'épanchement dans l'abdomen se reproduisit, à proposer l'injection de teinture d'iode comme moyen d'en prévenir le retour, proposition qui fut acceptée avec empressement par la malade.

En conséquence, le 30 janvier, assisté du docteur Bories, notre confrère, ayant préalablement évacué la sérosité ascitique, poussa dans l'abdomen un mélange de teinture d'iode, 16 grammes, iodure de potassium, 1 gramme, eau distillée, 100 grammes, tiédi au bain-marie; puis, après avoir malaxé le ventre pendant deux ou trois minutes, pour mettre tous les points du péritoine en contact avec le liquide injecté, il laissa le plus possible de celui-ci s'écouler par le trocart. Il y eut, au moment de l'injection et à la suite, une très-vive douleur dans le ventre, surtout vers la fosse iliaque gauche, mais qui ne tarda pas à s'atténuer. Légère compression de l'abdomen, extrait d'opium, 0g,05, boissons fraîches, diète. Le lendemain, il restait de la douleur, bien diminuée d'ailleurs, mais augmentant par la pression; pas de vomissements, ni nausées; garde-robe; urines plus abondantes qu'avant l'opération; pouls tombé de 80 à 72. Boissons fraîches et tempérantes ; potion avec iodure de potassium, 10 grammes pour 300 d'eau distillée, une cuillerée matin et soir; cataplasmes laudanisés; bouillon.

Nous ne suivrons pas jour par jour la marche de la maladie et du traitement (frictions sur l'abdomen avec mélange de teinture de scille et digitale, purgatifs salins, alimentation légère). Nous nous bornerons à dire que, après avoir présenté quelques légers symptômes d'iodisme, qui se dissipèrent avec rapidité, la malade alla de mieux en mieux. Les douleurs du ventre diminuèrent et disparurent en même temps que le volume se réduisit jusqu'à 1m,10 de circonférence ; de même de l'œdème des membres qui, d'abord resté à peu près stationnaire, se mit à son tour à décroître très-sensiblement.

Le 2 mars, alors que l'état s'améliorait de plus en plus depuis quel-

ques jours, se manifestèrent de vives douleurs dans l'abdomen, douleurs que M. Desclaux crut devoir rapporter à l'affection rhumatismale, et combattre comme un rhumatisme articulaire par l'emploi du sulfate de quinine. Ces douleurs allèrent diminuant et finirent par disparaître; quelques jours après, 1er avril, le genou droit devint douloureux à son tour, avec rougeur et gonflement, symptômes qui persistèrent environ une semaine.

Entre temps, l'œdème avait diminué peu à peu, le volume du ventre s'était réduit au point de n'avoir plus, le 9 avril, que 86 centimètres de circonférence, mesure à peu près normale. A cette date, l'état général était très-satisfaisant, la malade se levait, pouvait aller et venir, vaquer aux soins de son ménage ; mais il lui restait des douleurs, tantôt dans les extrémités inférieures, tantôt dans les supérieures ; ces douleurs, toutefois, étant très-supportables, elle refusait de se soumettre à aucune médication, de crainte de voir renouveler l'ascite par leur disparition. (*Bull. de la Soc. imp. de méd., etc., de Toulouse*, numéro 23, 1865.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Influence de la vie de famille dans le traitement des maladies mentales. M. Brierre de Boismont vient de faire à l'Académie des sciences une communication très-intéressante sur cette question. D'après ce qu'il a observé, c'est dans la mélancolie, et en général dans les formes tristes de la folie que cet élément thérapeutique se montre avantageux.

Il fallait, pour se rendre compte de sa valeur, tenter une expérience délicate ; les résultats en ont été des plus satisfaisants, car sur les douze premiers malades qui furent choisis, huit partirent guéris. Malgré eux, ces monomanes, absorbés dans leur idée fixe, semblables à des statues, annonçant des intentions sinistres, parlant à peine, ou répétant sans cesse les mêmes choses, étaient contraints d'écouter ce qui se disait, de voir ce qui se faisait. La variété des personnages, des conversations, des actes, des objets, exerçait à la longue son influence sur leur esprit préoccupé ou distrait. Aussi les entendait-on souvent proférer tout à coup des mots significatifs, faire des réflexions rapides et justes, prouvant qu'ils avaient été ébranlés par ces impressions nouvelles.

C'est ce qui arriva à une dame de cinquante-deux ans, atteinte de mélancolie, dont l'observation est succinctement rapportée dans le mémoire que nous analysons.

Admise dans notre intérieur, dit M. Brierre de Boismont, elle reste immobile sur sa chaise, ne dit pas un mot ou ne répond que par des monosyllabes aux paroles qu'on lui adresse. On est obligé de l'alimenter par force. L'examen quotidien pendant un mois semble annoncer qu'elle est insensible à tout : son œil est fixe, sa figure exprime le désespoir ; mais l'observation nous apprend enfin que la vue des visiteurs, qui entrent à chaque instant dans l'appartement pour affaires, a secoué sa torpeur et que son attention est éveillée à son insu. En effet, un jour qu'un original a tenu les propos les plus bizarres, elle se met à sourire et dit lorsqu'il est parti : « Cet homme est bien bavard et bien singulier. » Ce peu de mots était le signal du retour des facultés normales. A dater de cet instant, la malade se mêla à la conversation, témoigna sa reconnaissance des soins qu'on lui prodiguait. Deux mois après son admission, elle était complétement rétablie.

En résumé, dit le savant aliéniste, la vie de famille n'est pas seulement favorable à la cure des maladies mentales, elle retarde encore pendant des années la marche de l'état chronique... — L'action incessante de la vie de famille mine sourdement les conceptions délirantes, tandis que le raisonnement direct et l'émotion sentimentale échouent presque constamment au début de la maladie. — L'époque où il faut commencer la vie de famille varie selon les symptômes ; tantôt elle est applicable dès le commencement, tantôt il faut attendre que la période d'acuïté soit affaiblie... — Pour diriger ce traitement, qui est un auxiliaire puissant du traitement moral, il ne faut pas de qualités supérieures ; un esprit droit et charitable y réussira très-bien. — La femme, par son dévouement, est éminemment propre à cette mission. Elle doit être secondée dans son œuvre par d'autres personnes de sa famille, ou, à leur défaut, par un personnel choisi. — La famille naturelle ne saurait remplir ces indications,

parce qu'elle est souvent le point de départ de la folie, et qu'elle ne peut d'ailleurs exercer sur les malades l'influence de l'étranger qui a vécu avec les aliénés. — Enfin, cette vie commune de tous les instants adoucit ce qu'a de pénible l'isolement dans les cas où il est nécessaire. (*Acad. des sc.*, 21 août 1865.)

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 14 août 1865, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. Toussaint, chirurgien en chef de l'hôpital de Mézières (Ardennes), adjoint au maire de cette ville : 25 ans de services militaires et civils. — Clary, maire de Maurs (Cantal), médecin de l'hospice de cette ville : 33 ans de services. — Manfredi, médecin de l'hospice et des prisons de Bastia (Corse) : services distingués. — Dupuy, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-André, à Bordeaux : services distingués. — Arnal, médecin de l'hospice de Terrasson, ancien maire de cette ville : 22 ans de services. — Robert, adjoint au maire de Nevers (Nièvre), médecin en chef de l'hospice de cette ville : 25 ans de services. — Hélot, chirurgien en chef de l'hospice général de Rouen : 20 ans de services. — Blavaux, médecin en chef des hospices de Castres (Tarn), ancien maire de cette ville : donne depuis 25 ans des soins gratuits aux indigents.

Par décret en date du 26 août, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, la Société de chirurgie de Paris a été autorisée à prendre le titre d'*Impériale.*

Le doyen de la Faculté de médecine de Madrid, Don Juan Castello y Tagell, vient d'être élevé à la dignité de grand-croix de l'ordre d'Isabelle la Catholique.

Épizootie. — Le ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics publie l'avis suivant :

« L'administration s'est préoccupée, dès le début, de l'épizootie qui, depuis quelque temps, atteint en Angleterre les animaux de l'espèce bovine, et particulièrement les vaches. Au commencement de ce mois, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, a chargé MM. Bouley et Reynal, professeurs de l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, de recueillir, le premier dans la Grande-Bretagne et le second en Allemagne, tous les renseignements utiles. Un certain nombre de notes et de rapports ont déjà été adressés au ministère par ces zélés investigateurs. Une Commission a été chargée d'étudier tout ce qui se rattache à cette épizootie et de proposer les mesures qui devraient être prises dans le cas où la maladie deviendrait menaçante pour le bétail français.

« Cette Commission est composée ainsi qu'il suit : MM. de Monny de Mornay, directeur de l'agriculture, président ; le docteur Mélier, inspecteur général du service sanitaire ; le docteur Tardieu, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Lecoq, inspecteur général des Ecoles impériales vétérinaires ; Magne, directeur de l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort ; Bouley et Reynal, professeurs à la même Ecole ; Prévost, chef de bureau de l'enseignement agricole et vétérinaire, secrétaire, avec voix délibérative ; Vanhuffel, rédacteur à la direction de l'agriculture, secrétaire adjoint. »

Une *Société protectrice de l'enfance* vient de se créer à Paris sous la présidence du docteur Barrier.

Nous recevons de son secrétaire général, M. le docteur Alex. Mayer, communication des statuts suivants :

Art. 1er. La Société a pour objet : 1° de préserver le premier âge des dangers qui résultent de l'abandon des enfants à des nourrices qui les emportent au loin, sans que les parents puissent exercer sur eux une surveillance suffisante ; 2° de mettre en pratique les ressources dont dispose l'hygiène pour le développement physique des enfants avant d'entreprendre la culture de leur intelligence, afin de léguer à l'avenir des générations saines et vigoureuses.

La Société se propose d'atteindre son but par tous les moyens que l'expérience lui suggérera, notamment : en encourageant l'industrie privée à fonder dans le voisinage de Paris et des grandes villes de France des *Colonies mater-*

nelles, où des nourrices de choix seront entretenues pour élever des enfants ; — en instituant des prix en faveur des nourrices qui auront le mieux accompli leur tâche ; — en propageant les méthodes d'éducation les plus propres à former à la fois le corps et l'esprit : — enfin, en publiant un bulletin qui traitera des matières afférentes à la mission que s'impose la Société.

Art. 2. La Société se compose de membres des deux sexes.

Art. 3. Sont membres titulaires ceux qui, résidant dans le département de la Seine, payent une cotisation annuelle de 10 francs, et ont été agréés par le conseil d'administration. Le titre de membre correspondant est dévolu aux souscripteurs qui, demeurant hors du département de la Seine, payent annuellement une cotisation de 6 francs.

Art. 7. Les dames sont éligibles à toutes les fonctions.

Une réunion générale des membres de la Société sera convoquée prochainement.

On souscrit chez M. Noirot, libraire, rue des Saints-Pères, 13. Les souscripteurs de la province peuvent envoyer leur cotisation en bons de poste. (Affranchir.)

Les pauvres viennent de s'enrichir d'un nouveau bienfait.

L'administration de l'Assistance publique, en exécution des volontés de M. et Mme Chardon-Lagache, et avec les ressources fournies par ces généreux fondateurs, vient d'édifier une nouvelle maison de retraite, à Auteuil, sur les terrains restés libres après l'installation de l'institution de Sainte-Périne.

Cette maison reçoit des époux en ménage, des veufs ou veuves et des célibataires, les uns en chambres particulières, les autres en dortoirs. Le prix de pension est payé, moitié par les personnes et l'autre moitié sur les fonds de la fondation. Déjà cent pensionnaires sont installés : quarante en dortoirs, les autres en chambres. Les nouveaux aménagements projetés permettront de porter ce nombre à deux cents.

Récemment a eu lieu l'inauguration de ce nouvel hospice, sous la présidence de M. Husson, et avec le concours de M. et Mme Chardon-Lagache.

Pour l'acte généreux des donataires, dont la munificence ne s'élève pas à beaucoup moins de 2 millions, nous ne saurions pas avoir trop d'admiration, et nous rappellerons ici les propres paroles que M. le directeur général de l'Assistance publique a prononcées devant les notabilités qui assistaient à l'inauguration de la maison Chardon-Lagache.

« Un travail opiniâtre, une sagesse soutenue pendant de longues années, une probité à toute épreuve, ont apporté à l'habile négociant la richesse avec la considération. Mais il n'a point voulu être heureux tout seul ; après s'être fait le bienfaiteur de ceux qui l'entourent, après avoir rempli dans toute leur étendue les devoirs sacrés du père de famille, il s'est rappelé son origine ; la mémoire de son père et de sa mère, dont il garde le culte dans son cœur, s'est présentée encore plus vivace à son esprit, et, d'accord avec Mme Chardon-Lagache, dont la pensée se confond toujours avec la sienne, il a voulu, en créant cette maison, continuer sous une autre forme l'œuvre du médecin des pauvres et, comme il le dit modestement lui-même, rendre à la Providence, dans la personne de ceux qui ont besoin d'aide ou qui souffrent, une partie de ce qu'elle lui a donné.

« Cette libéralité faite par M. Chardon de son vivant, et qui vient se placer à côté des libéralités posthumes des Montyon et des Brézin, cette libéralité est grande, messieurs, non-seulement par les sacrifices que le donateur s'est imposés bénévolement, mais plus encore par la pensée généreuse qui l'a inspirée. Je ne veux pas la louer autrement ici. Je croirais cependant manquer à mon devoir de mandataire, d'exécuteur des volontés de M. Chardon, si je ne révélais avec quel noble empressement il a couru au-devant de tous les besoins, de toutes les nécessités ; avec quel détachement, avec quel éloignement des préoccupations personnelles il a mené à fin son noble projet, et ce ne sera pas à vos yeux son moindre mérite... »

M. Husson avait rappelé que M. Chardon Lagache était le fils d'un médecin d'Auteuil, dont la bonté et le dévouement avaient mérité au modeste praticien le titre de *médecin des pauvres*, et avait montré comment une pensée pieuse se mêlait à l'acte de bienfaisance du donataire.

Un décret impérial a conféré à M. Chardon-Lagache la croix de la Légion d'honneur, et c'est M. le directeur de l'Assistance publique qui a été chargé de la lui transmettre. Cette distinction ne pouvait être mieux placée, la bienfaisance est sœur de la gloire et du mérite.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'action physiologique et thérapeutique des sulfites et des hyposulfites. (3e article) [1].

Par M. le docteur Constantin PAUL.

FIÈVRE TYPHOIDE. — Polli, partisan jusqu'au bout de la théorie de la fermentation pour expliquer la putridité, déclare que la fièvre typhoïde est une maladie catalitique et une fermentation morbide par absorption et formation dans le sang d'un principe de corruption, et il n'hésite pas à dire qu'un traitement qui neutralisera ou rendra inerte le ferment morbide spécifique et corrigera l'excédant alcalino-ammoniacal sera le véritable traitement rationnel; il espère que les sulfites ne failliront pas à cette tâche, et, de plus, il regarde la chose comme démontrée par les observations de Terni [2], Parigini [3], Finamore [4], Colapreta [5], Capparelli [6], Ferrini [7], Tagiuri [8], Cavaleri [9], etc.

L'examen d'un certain nombre de ces observations ne semble pourtant pas faire voir qu'on ait trouvé là un spécifique, et, quant à la théorie, elle ne reçoit de ces observations aucune confirmation et reste aussi hypothétique qu'auparavant. Colapreta dit avoir guéri vingt-quatre malades de la fièvre typhoïde par l'usage de l'hyposulfite de soude pris à l'intérieur; il le préfère à l'hyposulfite de magnésie, et dit qu'il s'en est surtout bien trouvé dans le second septenaire, alors que les urines deviennent alcalines. Mais on sait aussi que c'est à cette époque que se font, dans la fièvre typhoïde, des perturbations spontanées qui indiquent le déclin de la maladie, de sorte qu'il faut se tenir en garde contre ces résultats. Tagiuri emploie au contraire le sulfite de magnésie à la dose de 6 à 8 grammes par jour. Dans cinq cas de fièvre typhoïde bien confirmée, il a eu quatre guérisons, et, dans un sixième cas, le sulfite de magnésie n'a été donné qu'*in extremis*, de sorte qu'on ne peut le compter.

---

[1] Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 195.
[2] *Lo sperimentale di Firenze*, 1862, septembre.
[3] *Id.*
[4] *Annali universali di chimica applicata*, 1863.
[5] *Imparziale*, 1863, feb. et Omodei, 1864, 3e tr.
[6] *Il morgagni*, anno V. Dispensa, 6.
[7] *Annali d'Omodei*, 1863, I.
[8] *Id.*
[9] *Sperimentale di Milano*, 1864, août.

Ferrini paraît y avoir plus de confiance que les autres, il rapporte un certain nombre d'observations où les sulfites ont pu être de quelque utilité, on peut tout au moins dire qu'ils n'ont pas été nuisibles.

Voici cinq des observations de Ferrini :

Obs. XXII. Gioachim Palesmo, de Pantelaria, âgé de vingt-huit ans, maçon, d'un tempérament sanguin, fut accusé à tort d'avoir blessé quelqu'un, et, une fois en prison, il tomba malade de la fièvre à la fin de décembre 1862. Il fut d'abord saigné, parce qu'il accusait une forte céphalalgie avec tendance au sopor, ensuite on lui administra des purgatifs. Ferrini ne fut appelé que le 4 janvier, c'est-à-dire au treizième jour de la maladie, et le trouva avec une fièvre ardente, du sopor, de la carphologie, des soubresauts des tendons, et des râles sibilants dans tout l'arbre bronchique. C'était, en somme, un cas évident de fièvre typhoïde. Il prescrivit un vésicatoire sur la poitrine, une décoction de polygala de Virginie, à prendre comme tempérant, et des paquets de sulfite de magnésie à prendre de trois en trois heures dans la journée. Ce traitement fut appliqué jusqu'au 15 janvier, sans qu'il y eût aucune amélioration.

Le 15, vingt-quatrième jour de la maladie. Le patient était plus mal, dans un état comateux, Ferrini prescrivit deux vésicatoires aux cuisses et fit continuer le même traitement.

Le 19, vingt-huitième jour. Il y a une amélioration réelle, il n'y a plus de coma, mais encore du subdélirium; tous les bruits bronchiques ont disparu. On suspend la décoction de polygala et l'on continue seulement la dose ordinaire de sulfite de magnésie jusqu'au trente-deuxième jour. La convalescence ne fut pas longue.

Obs. XXIII. Carmina Falzon, Maltaise, âgée de quinze ans, d'un tempérament lymphatique, réglée depuis environ une année, tomba malade au commencement d'avril 1862 par un frisson et de la fièvre. Un médecin appelé ordonna à sa première visite un purgatif, et, à sa seconde, plusieurs pilules de sulfate de quinine. Le même médecin, appelé pour faire une troisième visite, s'y refusa, et la malade fut abandonnée aux seules forces de la nature. Le 26 du même mois, dit Ferrini, je fus appelé à voir cette malheureuse privée d'assistance médicale et arrivée au vingtième jour de la maladie. J'y allai, et, quand je la vis, je crus qu'elle était en train de mourir. Je trouvai une jeune fille ayant la physionomie altérée, les yeux fixes, injectés et exprimant la stupeur. Le sopor alternait avec le délire; la langue, les dents et les lèvres étaient recouvertes d'un enduit fuligineux, le ventre était météorisé, la peau sèche, brûlante et couverte de pétéchies, le pouls fréquent, petit et faible, en somme, une fièvre typhoïde évidente avancée dans sa seconde période. Je prescrivis aussitôt deux vésicatoires aux cuisses et quatre paquets de 2 grammes de sulfite de magnésie, avec un peu de magnésie calcinée, à prendre de trois en trois heures.

Le vingt-deuxième jour. Pas d'amélioration, on continua les mêmes paquets de sulfite de magnésie, mais sans addition de ma-

gnésie, parce qu'il y avait eu des évacuations alvines. Trois jours après, les fonctions commencèrent à se rétablir et l'on continua le même traitemont.

Le trente et unième jour, je trouvai la malade sans fièvre, se plaignant seulement de petites douleurs abdominales, et je me bornai à la simple prescription d'une infusion de camomille.

Vers le soir du même jour, je fus appelé parce qu'il était revenu un mouvement fébrile. J'ordonnai deux onces d'huile de ricin en lavement et fis continuer les paquets ordinaires de sulfite de magnésie.

Le trente-deuxième jour. La malade entre en convalescence et expulse un ténia de 20 mètres environ.

Obs. XXIV. Rosina Giglio, Sicilienne, âgée de douze ans, pas encore réglée, prit la fièvre au commencement de février 1862, avec une forte douleur gravative au front, une intolérance de la lumière et une agitation continuelle. Le 18 février, je la vis pour la première fois, et déjà l'expression de sa physionomie commençait à s'altérer, je diagnostiquai une fièvre typhoïde et lui ordonnai 0g,50 de calomel. Le 19, la malade ayant eu des évacuations alvines sans soulagement, je lui ordonnai un cataplasme de farine de lin sur le ventre, des boissons fraîches en abondance et des paquets de 2 grammes de sulfite de magnésie, adoucis avec du sucre, à prendre trois fois par jour durant tout le cours de sa maladie, qui s'avançait avec ses symptômes ordinaires. Les yeux devinrent humides, les lèvres, les dents et les narines se séchèrent, la soif augmentait de jour en jour; la langue devenait de jour en jour plus sèche, avec les bords rouges et la pointe tremblante. La malade avait la respiration suspirieuse, se plaignant d'une anxiété à l'épigastre, le ventre était tuméfié et douloureux, les évacuations alvines jaunes brunâtres fétides et involontaires, les urines rares et assez colorées; les mouvements étaient devenus tremblants et difficiles, les paroles sans suite, à cause du délire continu; le pouls devenait de plus en plus rapide et fuyant. La peau, de sèche et mordicante qu'elle était, présentait, le 2 avril, une légère sueur et une éruption de sudamina. A mesure que les sueurs devenaient plus profuses, l'éruption miliaire se répandait de plus en plus sur le corps, et les symptômes alarmants diminuaient. Enfin, la guérison parfaite n'arriva que le 2 avril, et alors seulement fut cessé l'usage du sulfite de magnésie.

Obs. XXV. Egidio Columbani, de Lucques, âgé de dix-huit ans, d'une bonne constitution, tomba malade à la fin de juillet 1862. Après un malaise général de plusieurs jours, il fut pris de fièvre avec une douleur frontale très-accusée, une sensation de poids à l'épigastre, la langue couverte d'un enduit blanc jaunâtre, rouge aux bords et à la pointe, soif ardente, peau sèche, pouls fréquent vibrant mais dépressible, urines rares et sédimenteuses et des épistaxis. Cet état ne tarda pas à s'aggraver; le délire survint avec soubresauts des tendons, la langue se sécha, les évacuations alvines devinrent fréquentes et fétides, et il parut sur la peau des taches rosées.

Le 22 août, tous les symptômes allèrent en diminuant graduel-

lement, et le 27 du même mois ils cessèrent tout à fait, et le malade se trouva guéri.

Le traitement consista en un émétique de tartre stibié, vingt sangsues aux apophyses mastoïdes, et du sulfite de magnésie, à la dose de 12 grammes par jour, continué depuis le second jour de la maladie jusqu'à sa fin. De temps en temps, on ajoutait un peu de magnésie calcinée. Il y a eu en outre deux vésicatoires aux cuisses.

Obs. XXVI. Maddalena Ferrugia, Maltaise, âgée de vingt-cinq ans, réglée, d'une constitution délicate, était à peine relevée d'une chloro-anémie dont elle avait souffert pendant dix mois, quand, au commencement de septembre 1862, elle fut frappée d'un sentiment de prostration générale des forces, de tremblement dans les membres, de souffrances dans les lombes et les extrémités, de vertiges et d'une forte douleur de tête avec une vive réaction dans la circulation sanguine. Le quatrième jour de la fièvre, vers le 8 septembre, je fus appelé à la soigner ; elle accusait, outre les symptômes précédents, des nausées et de l'anxiété épigastrique, une soif ardente, de l'insomnie et une grande agitation. Elle avait le pouls à 120, la peau sèche et brûlante, avec une soif intense. Je lui prescrivis 2 onces de citrate de magnésie, qui produisirent d'abondantes évacuations alvines.

Le 9, j'ordonnai du sulfite de magnésie, à la dose de 12 grammes par jour, à continuer pendant la maladie qui suivait son cours. Il ne tarda pas à se joindre du délire, la langue, les dents et les lèvres se couvrirent d'un enduit fuligineux, et il se manifesta un léger météorisme et quelques mouvements convulsifs. En somme, la symptomatologie de la fièvre typhoïde était claire, quoiqu'elle ne fût pas des plus intenses. Depuis le commencement jusqu'à la fin de la maladie, qui arriva le 8 octobre, dernier jour de l'administration du sulfite de magnésie, auquel on n'ajouta pas d'autres médicaments, si ce n'est deux vésicatoires aux cuisses vers la fin du second septénaire.

Magliofut moins heureux chez une femme de vingt-quatre ans ; une fièvre ataxo-adynamique ne put être conjurée par les sulfites, et de deux filles de quatorze à quinze ans, l'une prit 80 grammes de sulfite sans succès, et l'autre, après en avoir pris 60 grammes sans résultat bien marqué, se mit au quinquina, qui amena une amélioration subite.

Quant aux fièvres gastrico-bilieuses, il est difficile de dire si les sulfites les ont modifiées d'une façon quelconque. Ferrini [1] en a traité dix-sept de novembre 1861 à novembre 1862 ; mais il a employé en même temps l'émétique et les sangsues ; il dit cependant qu'elles ont été d'une durée moins longue que celles qui n'ont pas

---

(1) Ferrini, *loc. cit.*

été traitées par les sulfites. Tagiuri en a traité quatre cas ; il a donné le sulfite de magnésie à la dose de 8 à 10 grammes par jour, quand les phénomènes d'adynamie ont commencé à apparaître. Tous les quatre ont guéri en six jours.

Il est vraisemblable que la médication évacuante aurait fait tout autant de bien, cependant voici une observation où les sulfites ont paru bien faire.

Obs. XXVII (1). Une petite fille âgée d'un peu plus d'un an, fille de Giuseppe Rera, Sicilien, se plaignit, vers le milieu de juin 1862, de mauvaises digestions et de fièvre gastrique, et au milieu de cette maladie, vers le 26 juin, il se développa une constipation extraordinaire qui dura plus de trois jours, qui résista à l'huile de ricin et au calomel (*ad onta dei propinati purganti*).

Le 27, je prescrivis le sulfite de magnésie à la dose de 4 grammes, associé à 50 grammes de magnésie calcinée, le tout divisé en cinq paquets à prendre de deux en deux heures dans le courant de la journée.

Vers le soir du même jour, cette pauvre petite, n'ayant pas eu d'évacuation alvine, avait du météorisme et même de la tympanite. L'anxiété et la dyspnée grandissaient. Je prescrivis les mêmes paquets de sulfite de soude à prendre dans la nuit aux mêmes intervalles que précédemment, et j'y ajoutai 6 grammes de sulfite de soude dissous dans de l'eau de mauve à prendre en trois clystères, un toutes les deux heures. Le 29, les symptômes alarmants ont disparu ; le ventre est redevenu souple après de nombreuses évacuations alvines emprisonnant des gaz fétides. Je fais reprendre les mêmes paquets, et l'enfant, continuant à s'améliorer progressivement, je la laisse le 3 juillet parfaitement guérie.

Cette observation montre en outre qu'un enfant d'un an peut prendre dans la journée 4 grammes de sulfite de magnésie à l'intérieur sans inconvénient.

Fièvres éruptives. — J'ai peu de chose à dire des sulfites dans la rougeole où Mazzolini les a administrés, et de la scarlatine où Ceresani, Vignale et Casseti (1) les ont donnés avec avantage, disent-ils, et où, selon Rodolfi (2) le sulfite de magnésie a peut-être contribué à abréger la marche ordinaire de la maladie. Gandini (3), Magistretti (4), Catani (5) et Ferrini (6) les ont employés dans la variole. Magistretti surtout en fait le plus grand éloge ; il prétend

(1) *Gazetta lombarda*, 1864, avril.
(2) Lettre de Polli ; *Annali d'Omodei*, 1865, I.
(3) *Gazetta lombarda*, 1865, août.
(4) *Annali di chimica*, t. XXXVI et XXXVII.
(5) *Pathologia el therapia di Niemeyer*, t. II, p. 14.
(6) *Loc. cit.*

que sur vingt-deux cas de variole confluente et d'extrême gravité, il y a eu dix-huit guérisons, ce qui est, comme on le voit, un résultat très-encourageant. Ferrini s'en est beaucoup loué dans plusieurs cas, dont voici deux exemples :

Obs. XXVIII. Une jeune Maltaise, âgée de quinze ans, d'une belle constitution, fut frappée de variole confluente à la fin d'octobre 1861. Le sulfite de magnésie, à la dose de 8 grammes en vingt-quatre heures pendant l'espace de douze jours, amena une parfaite guérison, bien que la maladie ait eu une forme typhoïde.

Obs. XXIX. Giorgio Cojotera, Grec, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, fut atteint de variole confluente vers le milieu d'octobre 1861. La maladie mit longtemps à se guérir, par la seule force de la nature. Dans la période de suppuration, je fus appelé à le visiter parce qu'il s'était fait un abcès diffus allant des glandes sous-axillaires jusqu'au tiers inférieur du bras gauche. Après avoir pratiqué une ouverture et une contr'ouverture, je pensai aussitôt à appliquer les sulfites, mais avec peu d'espérance d'un résultat favorable, parce qu'il survint des symptômes typhoïdes d'un degré élevé. Nonobstant, et contre mon attente, après avoir donné 8 grammes de sulfite de magnésie pendant neuf jours, il fut parfaitement guéri.

Il faut encore ranger dans les fièvres éruptives les fièvres miliaires, qu'il ne faut pas confondre avec les pseudo-exanthèmes sudoraux, et dont la gravité est plus grande que nous ne le croyons généralement à Paris. La première observation connue, celle d'Hippocrate, est pourtant bien faite pour nous en défier.

« Silène, à la suite de travaux, de boissons et d'un exercice immodéré fut attaqué de la fièvre... Le huitième jour, sueur froide par tout le corps ; il parut de petites pustules rouges, rondes, semblables à des grains de mil, et qui ne s'abcédèrent point... Le onzième jour, il mourut. »

Depuis 1719, elle a paru plus d'une fois en France, sous forme épidémique, et en 1740 à Vire et à Falaise ; elle fut si maligne, qu'elle emportait les malades en douze heures.

En Italie, elle apparut pour la première fois en 1747 dans le Piémont ; elle y développa son évolution, suivant Allioni, en quatre périodes. Dans la première, il y a peu de fièvre, avec un état catarrhal des voies aériennes supérieures, et fréquemment une différence marquée entre le côté droit et le gauche pour les manifestations nerveuses.

Le deuxième stade est celui de l'éruption que précèdent ordinairement des sueurs visqueuses d'une odeur fétide particulière. Cette période d'éruption se prolonge énormément, dure quelquefois des

semaines et même des mois, et si l'on cherche à provoquer des sueurs ou des selles éliminatrices, l'état des malades empire, et les met en danger. Enfin dans la troisième et la quatrième période surviennent des complications inflammatoires ou gangreneuses.

Telle est la miliaire en Italie, où elle est fréquente. Ce fond asthénique et éminemment putride de la maladie a décidé quelques médecins à employer les sulfites dans ces états qui se rapprochent, comme on le voit, des maladies purulentes ou putrides étudiées plus haut. J'en rapporte ici deux observations, moins pour montrer l'action des sulfites, qui n'a pas été des plus remarquables, que pour faire connaître cette maladie si tenace et si singulière, que nous connaissons si peu.

Obs. XXX (1). Francesco Tappa, forgeron, d'un bon tempérament, d'un âge moyen, fut pris l'été dernier, sans cause connue, d'une forte fièvre quotidienne à type rémittent, de céphalée gravative, d'insomnies, de crainte de la mort, de météorisme léger, de douleurs vagues, d'oppression dans la respiration, d'urines rares, chargées et sédimenteuses. Le médecin traitant diagnostiqua une fièvre gastro-rhumatique, et eut recours aux saignées, aux sangsues et aux purgatifs. Appelé en consultation avec le docteur Mascaro, vers la fin du troisième septénaire je reconnus l'inutilité d'un traitement antiphlogistique énergique, puisque tous les symptômes précédents persistaient. Réfléchissant à la marche irrégulière de la fièvre et à tous les autres symptômes, et vu l'abondance des sueurs qui n'étaient point critiques, mais toujours symptomatiques, j'opinai franchement de le traiter pour une fièvre miliaire. Cette opinion ne fut pas celle du docteur Mascaro, cependant il fut convenu que le malade prendrait du sulfite de magnésie, à la dose de 12 grammes par jour et une potion contenant de l'acétate de morphine. Quelques jours se passèrent avec ou sans soulagement, puis le médecin traitant fut prié de m'associer en consultation. Nous n'y ajoutâmes que des boissons nitrées. L'urine devint abondante, et tous les phénomènes morbides diminuèrent si bien, que je laissai seul le médecin ordinaire, supposant que la convalescence allait survenir. Il ne se passa pas dix jours que, tout médicament étant suspendu, les symptômes reparurent, et je fus prié d'entreprendre seul la cure. Le malade ayant réitéré cette demande, je lui donnai de nouveau du sulfite de magnésie et lui fis appliquer un vésicatoire à la région lombaire, endroit où était la plus forte douleur. La maladie durait depuis six semaines, alors qu'il se fit une éruption abondante et non équivoque de miliaire cristalline au cou et plus spécialement au ventre, et aussitôt tous les phénomènes morbides disparurent comme par enchantement. Quelques semaines après, le malade, se trouvant bien, voulut aller à la Goletta prendre un bain de mer, ce qui, à son dire, lui sembla fortifier son organisme

(1) Ferrini, *loc. cit.*

débilité. Il se croyait complétement guéri, lorsqu'il apparut une douleur très-aiguë à la région sacrée, douleur qui se propagea le long du nerf sciatique, et pour laquelle je lui fis appliquer à l'origine de sa douleur un nouveau vésicatoire et des frictions d'huile de croton tiglium sur la cuisse, et je redonnai du sulfite de magnésie additionné de vératrine, à la dose de 0gr,012 par jour. L'amélioration fut assez lente à se produire, et il y eut encore un peu de miliaire sur l'abdomen produisant de temps en temps des douleurs, tantôt à la région lombaire, tantôt le long du nerf sciatique, douleurs qui l'obligeaient à suspendre ses travaux. Il se décida enfin à aller aux bains de Corbes, et au bout de quarante jours il revint complétement guéri.

Obs. XXXI [1]. La signora Maria Coscheri, Maltaise, d'une belle constitution physique, âgée de vingt-huit ans, n'avait jamais eu de maladie caractérisée, si nous exceptons une fièvre miasmatique de courte durée. Elle eut plusieurs accouchements toujours heureux. Le 14 janvier 1862, c'est-à-dire au trente-septième jour après un accouchement, elle fut prise, sans qu'on pût en savoir la cause, de frissons violents avec fièvre et une douleur à l'hypocondre droit. Cette douleur ne s'accroissait pas à une pression, même forte, sur l'hypocondre. Il y avait de la constipation, de la blancheur de la langue, de l'anorexie, mais pas d'amertume de la bouche. Je crus qu'il s'agissait d'une fièvre intermittente compliquée de pléthore abdominale, et je prescrivis douze sangsues à l'anus, plus un purgatif à prendre le lendemain.

Le 15. Je trouve la malade sous l'action du purgatif. La fièvre avait cédé la nuit avec une abondante sueur, mais la douleur à l'hypocondre avait reparu.

Le 16. J'apprends que la fièvre a recommencé la veille au soir par des frissons, et je la trouve dans une abondante sueur; je prescris 1gr,50 de sulfate de quinine en quinze pilules à prendre, une toutes les heures.

Le 17. Pas de fièvre. J'ajoute douze autres pilules de la même dose, à prendre de deux en deux heures.

Le 18. L'état apyrétique continue. Je fais prendre les pilules qui restent, une toutes les trois heures.

Le 19. La trouvant bien, avec bon appétit, je la crus guérie et lui donnai congé.

Le 8 février. Je suis appelé en toute hâte parce qu'il survient une entérorrhagie qui m'oblige à l'usage interne de 1gr,50 de perchlorure de fer en vingt-quatre heures.

Le 9. La perte de sang est arrêtée, mais il y a une fièvre ardente, et la malade accuse une forte douleur à la région ombilicale, sur laquelle on applique par mon ordre vingt sangsues. Je fais en outre administrer 2 grammes de sulfite de magnésie, craignant que les caillots retenus dans l'intestin puissent se putréfier et ne donnent par leur absorption une fièvre putride. Je fais aussi donner du

---

[1] Ferrini, *loc. cit.*

même coup deux lavements avec une solution de 8 grammes de sulfite de soude.

Le 10. Il n'y a plus de signe de melœna, il n'y a plus de douleur abdominale, mais la fièvre persiste avec une sueur abondante, des urines sédimenteuses et un sentiment de plénitude à l'estomac. J'ordonne 1gr,60 de calomel et la dose ordinaire de sulfite de magnésie, et, le soir, après quatre évacuations copieuses de bile fécale, la malade dit se sentir soulagée.

Le 11. Je la trouve avec peu de fièvre, mais délirante; elle a des frissons légers mais fréquents, la sueur continue à être abondante et non critique; j'hésite à la saigner, c'est pourquoi je persiste dans le sulfite de magnésie à la dose indiquée.

Le 12. La fièvre est plus marquée, toujours accompagnée de sueurs, il s'y joint des douleurs générales, de la constriction à la poitrine, des soupirs, de l'abattement et les phénomènes de la miliaire tels que les auteurs les ont décrits et que j'ai eu occasion de les voir autrefois à Tunis. Je continuai le traitement, et cet appareil protéiforme, avec de légères variations en plus et en moins, dura jusqu'au 21 du même mois. C'est pourquoi je continuai la même dose de sulfite de magnésie, et, quand il y avait de la constipation, je faisais ajouter de la magnésie calcinée à la dose purgative.

Le 22. Je la trouve avec une respiration pénible et une tendance à la faiblesse, quelques efforts de toux, de la fièvre un peu plus marquée avec les sueurs ordinaires. A l'auscultation, je trouve de l'hydropéricarde, et je me décide à placer un vésicatoire sur la poitrine. Je persiste dans le sulfite avec des boissons diaphorétiques auxquelles j'ajoute du bicarbonate de soude et de l'acétate de morphine comme calmant.

Le 23. Ne trouvant ni diminution ni changement dans la sérosité péricardique, j'appelai en consultation mes confrères Schembri et Mugnaini qui constatèrent l'hydropéricarde et traitèrent comme moi la maladie de *miliaire*, bien qu'il n'y eût encore rien de paru à la peau, et ils me conseillèrent de persister dans ce même traitement, ajoutant deux vésicatoires aux bras qui furent placés deux jours après. A la suite de ces moyens thérapeutiques auxquels je dus ajouter deux mouches de Milan à la région précordiale, l'hydropéricarde alla en diminuant graduellement, mais ce ne fut que le 2 mars qu'il eut complétement disparu. Puis la malade dit se sentir encore mal et accusa des douleurs tantôt dans une partie et tantôt dans l'autre, et spécialement dans la région hypogastrique. Elle passe les nuits sans sommeil, toujours agitée et quelquefois même en délire. Je lui prescrivis deux vésicatoires aux cuisses avec le traitement ordinaire, et je dis au mari que sa femme ne pourrait aller bien *tant que la miliaire n'aurait pas paru à la peau.*

Le 8. *La miliaire commença à apparaître* à la peau, sur les côtés du cou. Je trouvai la malade assez soulagée, mais désireuse de consulter le docteur Lumbroso, qui constata la miliaire à la peau et encouragea la malade à continuer le même traitement, surtout le sulfite de magnésie. Depuis ce jour, *la miliaire alla graduellement en se manifestant successivement sur les différents points du*

système cutané, avec de notables soulagements. La malade ne fut parfaitement guérie que vers le milieu de mai. Le sulfite de magnésie fut continué jusqu'à cette époque.

Je possède encore deux observations semblables dues à Maraglio, où l'action du sulfite a paru insuffisante. Je ne les rapporterai point pour ne pas prolonger cette description. J'ai voulu seulement montrer par là que si des cas semblables se présentaient dans les hôpitaux de Paris, on serait fort embarrassé pour le diagnostic, car, pour peu qu'une fièvre dure plus de huit jours, elle est fatalement regardée chez nous comme une fièvre typhoïde. Il n'y a pas encore longtemps que le typhus exanthématique, qui se rapproche assez de ces miliaires, était encore complétement inconnu chez nous, alors que nos voisins le diagnostiquaient parfaitement. Je reconnais que dans ces observations les sulfites n'ont pas eu grande utilité; mais qu'aurait-on fait à la place?

Cachexies, etc. — *Pneumonie adynamique.* — Poma employa les sulfites cinq fois; dans un cas, il eut le tort de faire une saignée, et la malade mourut. Dans le second, il y eut, dès le soir de l'administration du sulfite de magnésie, à la dose de 16 grammes, une exacerbation moindre que les jours précédents, et la malade guérit au huitième jour. Les trois autres malades sont deux hommes au-dessus de cinquante ans et un jeune homme de dix-huit ans, il n'y eut rien de remarquable.

Phthisie pulmonaire. — La fièvre hectique tuberculeuse a été combattue par les sulfites entre les mains de Rodolfi, qui dit avoir réussi plusieurs fois à couper de forts accès de frissons dans la dernière période de la fièvre hectique, alors que les préparations de quinine avaient échoué. Maraglio, qui a toujours lutté contre les sulfites, dit que, dans trois cas semblables, il n'en tira aucun avantage. Un prêtre ne put continuer, parce qu'il se produisait de l'exacerbation de la toux et une augmentation considérable de la fièvre; un jeune homme vit recommencer ses hémoptysies, et une jeune femme, déjà couchée depuis huit mois pour une phthisie à la troisième période, ne put supporter la moindre dose. Dès le début, elle fut prise de diarrhée. Enfin, Ferrini rapporte une observation de phthisie à la dernière période, dans laquelle l'hyposulfite de chaux, à la dose de 12 grammes, en vingt-quatre heures, supprima, dès le second jour, l'accès du soir, et le malade mourut sans souffrance.

Obs. XXXII. Dysenterie. — Dans un cas de dysenterie, alors que la période aiguë était passée, mais dans laquelle les évacua-

tions mucoso-sanguines se maintenaient, j'usai du sulfite de magnésie à la dose de 9 grammes par jour, et avec le plus heureux résultat (Tagiuri).

J'ajouterai, pour mon compte, que les résultats obtenus par l'usage externe des sulfites doit encourager à donner des lavements sulfités dans la dysenterie atonique ou chronique.

Obs. XXXIII. Diarrhée séro-purulente. — Dans un cas de diarrhée séro-purulente par tabes mésaraïque, je donnai le sulfite de magnésie à la dose de 9 grammes par jour, et déjà, en deux jours, je vis la sécrétion intestinale grandement modifiée (Tagiuri).

Obs. XXXIV. Blennorrhagie chronique. — Je prescrivis le sulfite de magnésie dans un cas de blennorrhagie ancienne et chronique rebelle à tout traitement rationnel, et, à ma grande surprise, j'en constatai en peu de jours la parfaite guérison (Lumbroso).

Obs. XXXV et XXXVI. Stomatite ulcéreuse. — Ferrini s'est bien trouvé du sulfite de magnésie, à la dose de 12 grammes par jour, chez une Grecque, âgée de dix-huit ans, atteinte de stomatite ulcéreuse avec glossite d'un aspect alarmant. Il donnait en même temps, comme collutoire, une solution bien saturée de sulfite de soude. La malade guérit en huit jours. Dans un cas d'aphthes confluents, chez un jeune homme de dix-huit ans, que j'ai traité ces jours derniers, une solution d'hyposulfite a fait disparaître immédiatement la mauvaise odeur, et j'ai vu cesser en même temps cette sensibilité si pénible de la muqueuse malade.

Obs. XXXVII. Muguet. — Chez une femme de soixante ans, en convalescence d'un étranglement interne, il est survenu un muguet presque confluent. Une solution d'hyposulfite de soude que j'ordonnai comme parasiticide fit disparaître le champignon en vingt-quatre heures.

Obs. XXXVIII. Scorbut. — Un homme de vingt-deux ans, qui souffrait d'un scorbut aigu de la bouche, dans lequel le pharynx communiquait avec les parties extérieures par une fistule, avait déjà employé sans succès une foule de moyens médicaux et chirurgicaux. On lui fit des injections de sulfite de soude et l'on donna à l'intérieur du sulfite de magnésie. La guérison se fit au bout de très-peu de temps. La plaie se ferma, les frissons et la sueur disparurent, et le malade fut bientôt guéri (Capparelli).

Dartres. — Ferrini n'a pas obtenu de succès bien remarquables par l'usage des sulfites dans les affections chroniques de la peau. Cependant il cite un cas d'eczéma du sein chez une nourrice, qui guérit promptement par les sulfites ; ce fait est important à noter, car l'eczéma des mamelons est une maladies des plus tenaces et des plus difficiles à modifier.

Obs. XXXIX. — Maria Vacca, Sarde, d'un tempérament lymphatique, âgée de trente ans, au trentième jour d'un accouchement, vint chez Ferrini pour se faire traiter d'un prurit des mamelles. Observées attentivement, elles laissaient sourdre, à l'aréole

des mamelons, une sérosité jaunâtre qui teignait la chemise. Toute la partie enflammée présentait des excoriations inégales, semblables à des égratignures. Certains points étaient d'une couleur rouge vive, couverts de petites gouttes séro-sanguines, d'autres avaient des croûtes jaunâtres qui allaient, en diminuant de grosseur, du centre à la périphérie. Le diagnostic était clair : Eczéma humide des mamelles, qui durait depuis vingt-sept jours, et qui rendait l'allaitement douloureux. Ferrini ordonna de laver la partie malade trois fois par jour avec une solution de 8 grammes de sulfite de soude dans 2 onces d'eau. La malade fut parfaitement guérie en six jours.

Plaies cancéreuses. — Rodolfi rapporte que la solution de sulfite de soude a modifié heureusement certaines plaies cancéreuses que le décubitus rendait profondes.

Capparelli signale de même qu'une femme de cinquante-sept ans, qui souffrait d'un cancroïde du nez, et une autre de cinquante ans, qui avait un cancer du vagin, retirèrent aussi de grands avantages des sulfites, mais, bien entendu, sans amélioration dans la marche du cancer.

Théorie de l'action des sulfites. — Les sulfites sont des agents réducteurs qui s'opposent aux fermentations, voilà un premier point qui n'est pas douteux. Les sulfites peuvent en outre, par cette propriété désoxydante, empêcher l'altération de substances organiques, soit dans l'intérieur, soit à l'extérieur de l'économie. Mais toutes les maladies citées dans le commencement de la seconde partie de ce travail, c'est-à-dire l'infection putride, l'infection purulente, la pyhémie, la fièvre typhoïde, la fièvre paludéenne, les fièvres éruptives, etc., sont-elles des fermentations comme le croit Polli ? Voilà la question. Je sais bien que, suivant les travaux modernes sur les fermentations, les chimistes de nos jours regardent comme telles toute décomposition spontanée des tissus végétaux et animaux et toutes les transformations successives des matières organiques jusqu'à conversion en acide carbonique, ammoniaque et matière minérale. Je sais bien encore que, d'après Pasteur, le ferment est toujours un corps organisé, une cellule animale ou végétale qui, par sa présence, agit sans rien prendre ni rien céder aux corps qu'il décompose. Je sais bien qu'il y a entre ces faits et une inoculation d'un venin, virus ou putrilage, une ressemblance bien grande, et que là, comme dans les fermentations, le mode d'évolution de la matière qui fermente peut varier, et que, de même que la fermentation peut être un dédoublement ou scission, un simple isomérisme, une hydratation, une déshydratation ou une éréma-

causie, de même on peut ne pas être arrêté par les différences de symptômes produits par l'introduction dans l'organisme de l'une de ces substances dont je parlais plus haut. Mais je crois aussi que cette question n'a pas encore reçu tous les développements nécessaires pour pouvoir s'imposer et passer, dès aujourd'hui, à l'état de vérité acquise. Quoi qu'il en soit de la théorie, je suis convaincu que les faits cités dans ce mémoire sont de nature à encourager les médecins à se servir des hyposulfites dans leur pratique, et c'est pour leur en faciliter l'emploi que j'ai publié ce travail.

Mode d'administration et doses. — Il était très-important de savoir sous quelle forme médicamenteuse il fallait prescrire les sulfites et avec quels corps on pouvait les associer. Pour cette étude presque totalement pharmaceutique comme pour la matière médicale, j'ai dû m'adresser à un homme compétent, et je suis heureux de pouvoir dire que, grâce aux recherches aussi persévérantes que consciencieuses de M. Emile Delpech, pharmacien de première classe de Paris, nous avons pu obtenir des médicaments sulfités très-beaux sous toutes les formes.

1° Tisanes.

Les tisanes qui masquent le mieux la saveur un peu douce et onctueuse des sulfites et des hyposulfites sont les suivantes :

Infusions de feuilles.

Menthe.	Hysope.
Mélisse.	Thé.
Absinthe.	Chicorée.
Oranger.	Fumeterre.
Bourrache.	Lierre terrestre.
Capillaire.	Saponaire.

Infusions de fleurs.

Mauve.	Pensée sauvage.
Guimauve.	Bourrache.
Camomille.	Fleurs d'oranger.
Tilleul.	

Cônes de houblon. — Sommités de centaurée.

Pr. Hyposulfite de magnésie.............. 4 grammes.
Infusion............................ 250 grammes ou un verre.

Quatre à cinq fois par jour.

Tisanes d'écorces, de bois ou de racines.

Quinquina.	Salsepareille.
Quassia.	Saponaire.
Douce-amère.	Ratania.
Gentiane.	Cachou.

1 à 10 grammes pour 250.

2° Solution pour usage externe.

Pr.	Eau distillée........................	250 grammes.
	Sulfite et hyposulfite de soude........	16 grammes.

3° Sirops.

L'hyposulfite de magnésie est le sel qui convient le mieux.

Pr.	Hyposulfite de magnésie..............	20 grammes.
	Sirop de quinquina..............	400 grammes.
	Ou de gentiane..................	
	— ratania..................	
	— cachou..................	
	— antiscorbutique..............	
	— d'écorce d'oranges amères....	

Le sirop de fleurs d'oranger à l'hyposulfite de soude est très-agréable et sans aucune saveur sulfureuse.

Chaque cuillerée à bouche contient 1 gramme de sel. Cette préparation est faite surtout pour les enfants. Une à quatre cuillerées par jour.

Les sirops sédatifs diacode, d'opium, d'aconit, de belladone, etc., se préparent facilement avec les sulfites ou les hyposulfites.

4° Potions.

Pr.	Eau distillée de tilleul................	60 grammes.
	— de menthe poivrée.......	60 grammes.
	Sirop de menthe.....................	30 grammes.
	Hyposulfite de magnésie..............	8 grammes.

M. S. A.

Chaque cuillerée de potion contient 1 gramme de sel environ.

5° Pastilles.

Les pastilles aromatisées au citron et faites selon l'art, pour représenter chacune 20 centigrammes de sel, n'ont pas de saveur. On en a fait contenant jusqu'à 50 centigrammes par pastille, et la saveur en était encore très-supportable.

6° Alcoolés.

L'alcool à 21 degrés dissout facilement 2 grammes pour 30 de

ces sels ; on peut donc les prescrire à cette dose dans des teintures de quinquina, quassia, gentiane, etc.

7° Gargarismes.

Pr. Eau distillée de laitue................	250 grammes.
Sulfite ou hyposulfite de soude.........	30 grammes.
Miel rosat ou sirop de mûres..........	50 grammes.

8° Collutoires.

Pr. Sulfite ou hyposulfite de soude.........	4 grammes.
Miel rosat ou sirop de mûres...........	30 grammes.

Autre.

Pr. Sulfite ou hyposulfite de magnésie......	4 grammes.
Miel de Narbonne....................	30 grammes.

9° Collyres.

Pr. Sulfite ou hyposulfite de soude 0gr,10 à	1 gramme.
Eau distillée de roses.................	50 grammes.
— de laurier-cerise..........	5 grammes.

On peut également employer le mucilage de coings.

10° Lavements.

Pr. Décocté de graine de lin.........	250 grammes.
Ou infusé de guimauve...........	
— de gentiane............	
— de quinquina...........	
— de mousse de Corse.....	
Et sulfite ou hyposulfite de soude......	16 grammes.

11° Glycérolés.

Pr. Glycérine pure......................	100 grammes.
Eau distillée.........................	10 grammes.
Sulfite ou hyposulfite de soude.........	16 grammes.

F. S. A.

Autre.

Pr. Glycérine pure......................	300 grammes.
Amidon..............................	20 grammes.

F. S. A.

Et ajoutez :

Sulfite ou hyposulfite de soude.........	40 grammes.

Ce glycérolé est bien plus homogène que celui qui a été préparé selon la formule de Gritti ; et enfin il n'y a aucune raison pour qu'on soit forcé de l'étaler vingt-quatre heures d'avance sur les plumasseaux, comme Gritti le demande pour son glycérolé.

12° Pommade.

Pr. Axonge balsamique..................	30 grammes.
Sulfite ou hyposulfite de soude..........	4 grammes.
Essence de citron au zeste............	6 gouttes.

Les formules que je donne ici sont celles qui, dans les nombreuses expériences de MM. Delpech père et fils, qui ont opéré chacun de leur côté, nous ont semblé donner les meilleurs résultats, tant pour la réussite de la préparation que pour l'absence de saveur sulfureuse.

Je suis heureux de les remercier ici de toutes les peines qu'ils se sont données pour arriver à ce résultat.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

1860.

Polli. Delle malattie dovete ad un fermento morbifico, e del loro trattamento. In memoria del real istituto lombardo dei scienze. 1860, 13 et 27 décembre.

1861.

Polli. Studj intorno all' azione dell' acido solforoso e dei solfiti sopra le alterazioni fermentative di alcune sostanze organiche. Memoria del real istituto lombardo dei scienze. 2 mars.

1862.

Burgraeve (de Gand). Annales et Bulletin de la Société médicale de Gand. Mai et juin.

Burgraeve. Bulletin de l'Académie de médecine de Bruxelles. 21 juin.

Ademollo (de Grosseto). Imparziale medico di Firenze. Febr.

Remolo Granara (de Gênes). Gazetta de li ospedoli di Genova. Agosto.

Parigini (de Grosseto). Lo Sperimentale di Firenze.

Saltini (de Grosseto). L'Imparziale medico di Firenze.

Sestini (de Grossetto). *Idem.*

Ferni (de Florence). Lo Sperimentale di Firenze.

Poggiale. Gazette médicale de Paris, numéro 1. 4 janvier.

1863.

Giovanni Ferrini (de Tunis). Sull' azione terapeutica dei solfite. Annali universali di medicina d'Omodei. Février.

Tagiuri. Lettre à Giovanni Ferrini. In Annali universali di medicina.

Mazzolini (de Locate). Gazetta lombarda.

Saltini. Imparziale di Firenze.

Galligo (de Florence). Imparziale di Firenze, p. 15.

Finamore. Annali universali. Feb.

Colapreta. Imparziale, feb., et Omodei, 3e trimestre.

Lumbroso (de Tunis). Lettre à Giovanni Ferrini. Omodei. Feb.

Gandini. Gazetta lombarda. Août.

1864.

Fermini (de Tunis). Gazetta lombarda.
Poma (de Cremone). *Idem*. Juillet.
Polli. Annali universali di medicina d'Omodei. Octobre.
Maraglio. Dubbj sulla teoria delle fermentazioni morbose e sulla efficacia terapeutica dei solfiti ed iposolfiti terrosi ed alcalini nei morbi da fermento. Memoria letta all' ateneo di Brescia nella seduta 7 agosto. In Annali universali di medicina d'Omodei.
H. de Ricci (de Dublin). Dubl. Journ. XXXVIII (75), p. 27. Août, et in Schmid's Jahrbücher, 1865, I.
Leonzio Cappanelli (de Naples). Il Morgagni, VI, 6, p. 499, et Schmid's Jahrbücher, 1865, I.
Polli. Bulletin de l'Académie de médecine de Paris. 20 septembre.
Mirone. Imparziale di Firenze et Gazette de Lyon, et Bulletin de Thérapeutique.
Rodolfo Rodolfi (de Brescia). Lettre à Polli. Annali universali di medicina d'Omodei, 1864, I.
Bardieri (de Milan). Gazetta lombarda di Milano.
Mazolini (de Locate). Annali di chimica, Gennajo.
Cantani (de Prague). Annali di chimica. Mars.
Cavaleri (de Milan). Lo Sperimentale. Août.
Luigi de Maria (de San Felice). Lettre au Dr Maraglio.
Magistretti. Annali di chimica, vol. XXXVI et XXXVII.
Devaureal. Essais sur l'histoire des ferments et de leur rapprochement avec les miasmes et les virus. Paris.
Spencer Wels. Brit. med. Journ. Octobre.
Semmola. Acad. med. Octobre.

1865.

Gritti. Bulletin de Thérapeutique, p. 427.

Note sur les effets physiologiques de l'iodure de potassium. Du rôle de ce médicament dans le traitement de la syphilis.

Par M. le docteur A. Joubin (1).

Introduit dans l'organisme, l'iodure de potassium révèle sa présence par une série de phénomènes qui sont l'indice certain, le seul auquel on puisse se fier, que le médicament s'est emparé du domaine qui lui appartient. Sans doute, dans la généralité des cas, les phénomènes suivent dans leur apparition une marche régulière qui peut se prévoir d'avance; mais on comprend que les doses, les conditions individuelles et les idiosyncrasies peuvent apporter une perturbation plus ou moins sensible dans leur ordre de succession.

(1) Thèse de Strasbourg, 1864. Résumé par la rédaction.

Cependant il est des manifestations qui précèdent généralement toutes les autres, ce sont celles qui apparaissent du côté du tube digestif et des voies respiratoires; puis viennent les modifications de l'appareil circulatoire, de l'enveloppe cutanée, des appareils glandulaires et enfin du système nerveux.

La muqueuse digestive est rapidement influencée par l'iodure de potassium, qui, en solution un peu concentrée, agit par contact avant d'agir par absorption.

Un des premiers phénomènes de la pénétration de l'agent médicamenteux dans l'organisme est un sentiment de sécheresse et d'ardeur dans le pharynx. Lorsque les doses sont un peu fortes, une véritable angine ne tarde pas à apparaître : rougeur généralisée et gonflement œdémateux des parois pharyngiennes et des amygdales, tels sont les symptômes que l'on constate à l'inspection, sans que pourtant le malade éprouve une grande gêne dans la déglutition.

A la sécheresse des premières voies succède un afflux muqueux qu'on a nommé ptyalisme iodique. C'est le résultat de l'hypersécrétion de la salive par suite du surcroît d'activité sécrétoire imprimée aux glandes salivaires. La salive est peu visqueuse, les gencives sont peu ou point enflammées et les dents ne sont point déchaussées, ébranlées.

Lorsque les malades ont fait pendant quelque temps usage de la potion iodurée à doses progressives, la langue se recouvre d'un enduit grisâtre, uniforme, difficile à décrire, mais facile à reconnaître, quand une fois on a été rendu attentif à son apparition. Il précède d'ordinaire l'éruption iodique, et est l'indice que le médicament va atteindre son maximum d'effet thérapeutique. L'absence ou la présence de cette modification de l'épithélium lingual est, pour M. le professeur Küss, qui le premier l'a signalée dans ses leçons cliniques, une source d'indications précieuses pour la progression des doses.

Dans l'appareil respiratoire, les effets se manifestent du côté de la muqueuse. Les malades éprouvent très-souvent de l'embarras dans les fosses nasales, de l'enchifrènement; puis la sécrétion de la membrane pituitaire devient plus abondante; il y a, en un mot, tous les signes d'un véritable coryza.

Quelquefois les bronches participent au mouvement fluxionnaire. On observe alors une toux le plus souvent peu prononcée, mais toujours sèche, ne s'accompagnant que d'une expectoration spumeuse, jamais grasse ni purulente.

Mais les auteurs sont loin d'être d'accord sur l'action de l'iodure

de potassium sur l'appareil circulatoire. Les uns admettent qu'il accélère le pouls; les autres, peu nombreux, qu'il le ralentit; d'autres enfin prétendent qu'aucune modification ne s'observe de ce côté.

Pour nous, l'iodure de potassium accélère le pouls, mais il l'accélère avec modification dans son degré d'amplitude ou de petitesse, suivant que son action dure depuis plus ou moins de temps. Tout d'abord on remarque l'ampleur, la plénitude des pulsations; puis, au bout d'un temps, variable suivant les sujets, le pouls est petit, déprimé, pour reprendre ses qualités premières.

Si l'iodure de potassium a une action bien marquée sur la circulation, celle-ci exerce sur la production de ses effets une influence que M. Küss a souvent observée. Des faits qui se sont présentés à son observation, il a tiré la conclusion suivante : les personnes dont le pouls est fréquent sont moins rapidement impressionnées que celles dont le pouls est plus modéré.

Le sel iodique se retrouve en totalité dans le sang avec toutes ses qualités chimiques; il agit donc par sa présence : son action est toute catalytique. Il s'oppose à la coagulation, la fibrine se trouve dissoute. Les globules sanguins, paraît-il, ne sont pas altérés dans leur forme, ni dans leurs dimensions, mais le nombre en est augmenté.

L'action de l'iodure potassique sur la peau se traduit le plus souvent par des éruptions.

L'éruption véritablement iodique est celle qui s'observe dans l'immense majorité des cas et que M. Bazin appelle acné iodique. Dans la production des autres, qui ne sont qu'exceptionnelles, l'iodure de potassium n'agit que comme cause occasionnelle, mais nullement comme cause efficiente.

Les boutons d'acné iodique sont plus ou moins discrets; ils peuvent apparaître sur toutes les parties du corps, mais ils ont certaines régions de prédilection qui varient avec le siége de l'affection. S'agit-il d'un iritis syphilitique, vous verrez, en général, les premiers boutons iodiques se développer dans les régions temporales, sourcilières ou malaires. S'agit-il d'un bubon, c'est aux aines, à la partie supérieure des cuisses que la première poussée se fera. L'éruption se disséminera ensuite sur le reste du corps, ou bien, si elle commence par se généraliser, observez, et vous ne tarderez pas à remarquer que les boutons sont en plus grand nombre dans le voisinage des parties affectées. C'est là un fait d'observation que personne n'a signalé, mais qui n'a point échappé à l'œil at-

tentif de M. le professeur Küss. Lorsqu'on est habitué à manier ce médicament, on peut prédire à coup sûr l'apparition des acnés. Il existe, en effet, un signe qui ne fait jamais défaut et qui annonce la saturation de l'économie, ce signe, c'est l'enduit grisâtre de la langue.

L'éruption iodique n'est pas la seule manifestation cutanée. Il en est une, encore peu connue, qui mérite cependant d'être rangée parmi les plus importantes; je veux parler de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané.

C'est encore M. le professeur Küss qui a appelé le premier l'attention sur ce singulier effet de l'iodure potassique. Il est caractérisé par une infiltration limitée du tissu connectif sous-cutané et s'observe dans presque toutes les régions du corps. Comme l'acné iodique, il affectionne le voisinage des parties déjà sous l'influence de l'affection contre laquelle le remède est administré.

Tels sont les deux principaux phénomènes qui annoncent, vers la peau, l'action de l'iodure potassique; remarquons qu'ils ont pour point de départ, l'un (l'éruption) le derme, l'autre le tissu cellulaire sous-cutané. C'est donc sur l'élément connectif que l'iodure potassique agit, c'est sur lui que s'exerce tout son pouvoir pathogénique.

M. Claude Bernard a démontré que l'iodure potassique se trouve dans toutes les sécrétions, seulement en une plus ou moins grande quantité suivant les organes. Ainsi il manifeste sa présence dans la salive avant d'apparaître dans l'urine; quand les doses sont petites et absorbées rapidement, tout est éliminé par la salive. Il agit sur toutes les sécrétions toujours dans le sens de l'exagération plus ou moins grande du flux; il n'est pour rien dans l'atrophie du tissu glandulaire quand cette atrophie a lieu.

L'iodure de potassium produit sur le système nerveux un ensemble de phénomènes peu intenses, et qui se traduisent par de la céphalalgie, du tremblement, quelques vertiges et des névralgies. Ce dernier effet n'est pas signalé par les auteurs, mais M. Küss nous a souvent dit qu'il l'a observé à plusieurs reprises. Nous devons même ajouter que ces névralgies causent quelquefois des douleurs atroces aux malades et nécessitent l'abandon du traitement.

C'est en prenant pour point de départ les phénomènes physiologiques et pathogéniques de ce corps que nous allons nous élever à la connaissance de ses propriétés thérapeutiques.

Or, nous voyons un médicament produisant en première ligne une surexcitation générale se traduisant par l'accélération du pouls

et pouvant aller jusqu'à la production d'un accès fébrile ; à cela vient s'ajouter une action réparatrice s'exerçant sur le sang et consistant dans l'augmentation du nombre des globules. Puis surgissent les phénomènes du côté de la peau et des membranes muqueuses : ceux-ci méritent une attention toute spéciale, car ils nous serviront à établir une propriété particulière inhérente à l'iodure potassique.

Du côté des muqueuses, ce sont des gonflements œdémateux qui ont évidemment pour siége la partie profonde de la membrane, à l'exclusion de l'enduit épithélial dont l'immunité est attestée par l'absence d'ulcération et de sécrétion purulente. C'est donc dans le derme sous-muqueux que la scène se passe, c'est dire que l'élément connectif est seul intéressé.

Du côté de la peau nous avons les œdèmes, c'est dans les mailles du tissu cellulaire qu'ils se forment, et enfin les acnés, dont l'origine évidente est dans le derme cutané. Ainsi donc il ressort que l'iodure impressionne d'une manière toute spéciale et à l'exclusion des autres éléments organiques, l'élément connectif. C'est une sorte de propriété élective qui ne se dément jamais, et qui permet de poser en principe que l'iodure de potassium est l'agent modificateur du tissu connectif.

C'est donc un médicament stimulant exerçant une action spéciale sur le tissu connectif dans les affections duquel il peut être considéré comme souverain, pourvu toutefois que l'on augmente les doses jusqu'à production des phénomènes indiqués.

Quant aux règles à suivre pour cette progression des doses, elles ressortent des faits signalés précédemment. Au début, interroger le pouls du malade ; s'il est fréquent, on peut débuter hardiment par 1 ou 2 grammes d'iodure potassique, s'il est lent ou normal, il sera prudent de commencer par 0gr,50 de sel. Dans le premier cas, il faudra rapidement élever les doses sans crainte de trop influencer le malade ; dans le second cas, au contraire, il est nécessaire d'agir avec réserve et comme en sondant la capacité iodique du sujet. Dans l'une ou l'autre des hypothèses, on maintiendra le *statu quo* dès qu'auront apparu l'enduit grisâtre de la langue et surtout l'éruption acnéiforme. Les effets thérapeutiques ne tarderont pas à suivre. Si le malade au pouls fréquent reste réfractaire malgré des doses élevées, il faudra avoir recours à la digitale et ne désespérer que lorsque, sous cette influence, le pouls ne se ralentissant pas, l'iodisme ne peut se produire.

On a beaucoup écrit, beaucoup discuté sur l'emploi de l'iodure

de potassium dans la syphilis, et cependant on est encore loin d'être fixé sur le rang qu'il doit occuper dans la thérapeutique de cette maladie.

Pour nous qui croyons avoir trouvé notre voie, nous venons essayer de contribuer au progrès en exposant la manière de voir de M. le professeur Küss. Nous l'avons adoptée entièrement, parce qu'elle repose sur des bases anatomiques que rien ne saurait ébranler.

Le professeur de Strasbourg, à l'exemple de Wallace, admet deux formes de syphilis fondées sur ses manifestations dans deux tissus différents. La vérole, en effet, quelle que soit son intensité, affecte constamment, soit les éléments épithéliaux, soit les éléments connectifs. A chacune de ces formes correspond un médicament agissant, non pas sur le virus syphilitique, mais sur ses manifestations soit connectives, soit épithéliales. Or, des deux médicaments qui se disputent aujourd'hui la thérapeutique de la syphilis, il en est un que nous avons vu agir spécialement sur l'élément connectif, c'est l'iodure de potassium. A lui donc, non plus ce rôle restreint de spécifique des accidents tertiaires, mais celui de spécifique des manifestations de la syphilis dans le tissu connectif et ses dépendances, domaine immense qui dépasse de beaucoup celui de l'hydrargyre.

Mais cette division si simple en théorie est loin de l'être en pratique. Tout repose sur le diagnostic, et quelquefois celui-ci présente de grandes difficultés. D'ailleurs les manifestations syphilitiques ne sont pas toujours nettement délimitées ; elles sont parfois mixtes et occupent à la fois le derme et l'épiderme, et souvent l'une masque l'autre. Ceci arrive ordinairement dans la période dite secondaire, et c'est à cela qu'il faut rapporter les cas où l'iodure potassique a été impuissant. Le praticien alors doit poursuivre l'affection par un traitement mixte, dont il retirera des effets parfois surprenants, toujours salutaires. Souvent la vérole semble se jouer des efforts du médecin : on l'attaque dans le tissu connectif, et lorsque l'on croit en être venu à bout, on la voit surgir dans les éléments épithéliaux, au milieu même du traitement. C'est alors que l'on doit en tout point traiter l'affection, et quand elle abandonne le tissu connectif pour l'épiderme ou les épithéliaux, laisser de côté l'iodure de potassium pour revenir au mercure.

Il est encore un point que nous devons aborder pour compléter notre travail, je veux parler de l'influence de l'iodure de potassium dans le traitement des accidents primitifs. Le chancre induré, le

chancre à longue incubation, ne diffère en rien, quant à sa nature, des autres manifestations de la syphilis. On n'a considéré en lui que l'ulcération, pour nous elle n'est que secondaire et nous admettons avec Babington que, dans la pluralité des cas, l'induration précède l'ulcération. Celle-ci n'est qu'un épiphénomène résultant de la mort de l'épithélium ou de l'épiderme, qui ne trouve plus dans le derme altéré les matériaux propres à sa nutrition et à son développement. Si donc le chancre infectant est primitivement une altération des éléments connectifs, pourquoi échapperait-il à la loi commune et ne serait-il pas aussi bien justiciable de l'iodure de potassium que les affections consécutives du même tissu ?

Maintenant cette action bienfaisante sur l'accident primitif influe-t-elle sur la marche ultérieure de la syphilis; en un mot, peut-elle entraver la généralisation du mal ? Les faits nous manquent pour répondre à cette question. Toutefois, si on admet avec M. le professeur Küss que le virus syphilitique se transmet non pas par les lymphatiques, mais par l'intermédiaire des corpuscules plasmatiques s'étendant de proche en proche et insensiblement, on sera conduit à faire une réponse affirmative. L'iodure de potassium en modifiant les éléments connectifs, en les soumettant à son influence salutaire, les rendra moins aptes à la transmission du virus. Ceci, nous le répétons, n'est qu'une vue théorique, aussi pour nous prononcer définitivement, attendrons-nous la sanction de l'expérience.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du cancer de l'œil chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Le cancer de l'œil, qui se rencontre plus souvent chez les enfants que chez les adultes, se présente sous deux formes principales : l'encéphaloïde ou le squirrhe.

On voit très-rarement la forme mélanique chez les enfants; le fongus hématode s'observe quelquefois.

Anatomie pathologique. — L'encéphaloïde se voit souvent, il débute par un point de la rétine, puis envahit successivement tous les éléments de l'œil. Il ne diffère pas de celui qu'on rencontre dans les autres régions; c'est un tissu mou de consistance et de couleur analogues au tissu cérébral ramolli.

Le *squirrhe* est dur, résistant, blanchâtre, ressemble à la coupe au tissu fibreux. Il débute dans le globe de l'œil sans qu'on puisse bien assigner le point de départ.

Le *tissu mélanique* se présente sous forme de tumeur molle, d'un noir bleuâtre ; il peut commencer dans l'intérieur du globe et quelquefois par les parties molles extérieures.

Ces divers tissus se rencontrent dans l'œil et quelquefois s'étendent au tissu cellulaire de l'orbite, envahissent les paupières et pénètrent même par le trou du nerf optique dans la base du cerveau dont ils attaquent et modifient le tissu.

Les parois osseuses de la cavité orbitaire sont même quelquefois altérées dans une plus ou moins grande étendue.

Causes, obscures comme dans toutes les affections cancéreuses; cependant on a constaté quelquefois que cette maladie succédait à une contusion, mais le plus souvent il y avait coïncidence d'une contusion avec disposition à l'affection cancéreuse.

Il faut admettre que cette maladie se montre sous deux formes ou deux variétés : l'une commence par la rétine et constitue l'encéphaloïde; l'autre commence par attaquer le globe en entier, c'est le squirrhe de l'œil.

A la *première période* de l'encéphaloïde on croit l'œil sain, la sclérotique est blanche, il n'y a aucune rougeur, l'iris a sa couleur normale et sa mobilité. Les enfants qui ne sont pas très-jeunes se plaignent de voir mal ou de ne plus voir du tout, mais n'accusent pas de douleur dans le principe. Peu à peu, si la maladie marche, la pupille devient irrégulière; si on fait pénétrer la lumière obliquement dans l'œil on voit au fond quelque chose de brillant, on reconnaît dans la concavité du globe une tache de teinte cuivrée sur le fond noir de l'œil; elle a la largeur d'une petite lentille, puis peu à peu elle augmente et envahit toute la largeur de la rétine, elle est sillonnée de vaisseaux rouges; si préalablement on a dilaté la pupille avec l'atropine, tous ces signes se constatent plus facilement; la tumeur comprime le corps vitré, qui se liquéfie et laisse voir déjà la matière encéphaloïde.

A la *seconde période* l'état inflammatoire qui n'existait pas au début, commence; la tumeur fait saillie en avant, pousse le cristallin contre l'iris, l'œil augmente de volume, la sclérotique s'injecte, il y a rougeur et larmoiement; l'iris, repoussé en avant, s'accolle à la cornée; la pupille irrégulière devient immobile, se dilate et se décolore; les diamètres du globe oculaire sont augmentés dans tous les sens; la conjonctive s'infiltre, forme un bourrelet autour de la

cornée; les paupières, également infiltrées, sont poussées en avant par la saillie de l'œil.

En même temps il y a des douleurs lancinantes très-vives, principalement la nuit; les enfants se plaignent sans cesse et sont alors pris de fièvre très-intense et continue, quelquefois de délire.

Troisième période. Jusque-là, la coque oculaire a résisté, mais bientôt elle se rompt, quelquefois c'est la cornée, d'autres fois la sclérotique qui se déchire; les douleurs très-vives causées par l'étranglement cessent alors en partie, et cette cessation de douleur fait reconnaître que la rupture s'est effectuée; si la sclérotique s'est ouverte, on ne voit pas de suite le tissu encéphaloïde apparaître, mais si la déchirure porte sur la cornée, un liquide roussâtre sanguinolent apparaît, le cristallin s'échappe, la tumeur fait saillie, répand une odeur fétide et parfois est le siége d'hémorrhagies. La faiblesse générale jette l'enfant dans le coma et il ne tarde pas à succomber. Dans le squirrhe de l'œil, la maladie envahit le globe en entier. A son début on constate tous les signes d'une ophthalmie interne : œil larmoyant, photophobie, globe oculaire rouge, injecté, la vue peu à peu s'affaiblit et se perd tout à fait. Bientôt des douleurs de plus en plus vives dans le côté correspondant de la tête deviennent continues, le sommeil se perd, l'appétit diminue, en même temps on constate un gonflement des ganglions sous-maxillaires et auriculaires : le globe de l'œil augmente de volume, il perd sa forme, devient inégal. La cornée reste longtemps saine, l'iris se déplace et se porte en avant, la chambre antérieure se remplit de sang; tout cela marche lentement, tandis que dans l'encéphaloïde le développement est plus rapide, peu à peu survient un chémosis, la cornée s'altère dans sa forme, les vaisseaux deviennent variqueux. L'œil fait saillie entre les paupières, il s'ulcère dans plusieurs points, le tissu cellulaire de l'orbite passe à l'état cancéreux, ainsi que les paupières, qui ne peuvent plus se mouvoir, le globe oculaire reste également fixe, c'est alors que la maladie marche plus rapidement, l'enfant s'épuise dans un état de fièvre continue, et la mort ne tarde pas à arriver avec ou sans convulsions.

L'encéphaloïde marche rapidement, le squirrhe se développe lentement.

Quelle que soit la forme, cette maladie est toujours grave, et malheureusement toujours suivie de récidive lorsqu'on opère.

Le seul traitement consiste dans l'extirpation du globe de l'œil.

Il y a deux genres d'opérations à faire, ou bien l'œil et les pau-

pières sont malades, ou bien les paupières sont saines et le globe seul est affecté.

Dans le cas ou l'œil seul est malade, on peut opérer de la manière suivante :

Après avoir couché le malade, la tête appuyée et maintenue sur un oreiller, on doit le chloroformer.

On agrandit, à l'aide du bistouri, l'angle externe des paupières; on saisit l'œil avec des pinces de Museux, ou bien à l'aide d'un ténaculum, ou bien encore on passe une aiguille courbe qui conduit un fil. L'opérateur tenant les pinces, le ténaculum ou le fil de la main gauche ou bien le faisant tenir par un aide, attire légèrement à lui le globe de l'œil pendant qu'un autre aide tient les paupières écartées avec deux élévateurs ; alors il introduit un bistouri droit, comme le faisait Louis, dans l'angle externe de l'orbite et longe la paroi osseuse en incisant toutes les parties molles qui entourent le globe. Il faut ménager la muqueuse qui tapisse les paupières, à moins que ces voiles soient eux-mêmes malades et qu'il faille les sacrifier. Alors on divise d'un seul coup, à l'aide de ciseaux courbes, le nerf optique et les muscles droits qui retiennent le globe au fond de l'orbite. Il n'y a pas d'inconvénient à enlever la glande lacrymale, même si elle n'est pas malade.

Plusieurs chirurgiens, Demours, Sanson, Lisfranc recommandaient cette ablation.

On doit, en terminant, bien explorer les tissus graisseux de la cavité orbitaire et les enlever à l'aide d'une pince et de ciseaux courbes, pour peu qu'on trouve des points altérés. Il est très-difficile de faire une extraction complète des tissus malades, car très-souvent ils pénètrent par les fentes de la base du crâne et rampent dans la cavité osseuse, quelquefois même les os sont atteints et il est indiqué de les ruginer.

Le pansement doit être très-simple : de la charpie imbibée d'eau froide qu'on pose très-légèrement dans l'orbite; on comprimerait un peu, s'il y avait hémorrhagie, sans cela il faut éviter toute compression qui pourrait déterminer des accidents d'encéphalite, accidents qu'il faut surveiller très-attentivement.

La cavité orbitaire se remplit de bourgeons charnus et une cicatrice transversale se fait peu à peu. Il faut pourtant avouer que trop souvent le cancer repullule et que des bourgeons de mauvaise nature apparaissent; il est indiqué de les réprimer aussitôt, mais on arrive rarement à les détruire.

Nous devons dire que, pendant vingt années, à l'hôpital des En-

fants, sur plus de trente à quarante malades opérés de cette terrible maladie, nous n'avons obtenu que des guérisons de très-peu de durée, même en enlevant l'œil au début du mal, lorsqu'il n'existait encore sur la rétine qu'une simple tumeur jaunâtre. Nous avons le plus souvent observé des récidives avant la fin de la cicatrice ou au plus tard un an ou dix-huit mois après ; alors ces récidives marchent avec une rapidité extrême ; des douleurs, le plus ordinairement très-violentes, arrachent des plaintes et des cris continuels aux enfants : du pus fétide coule sur la face ; les malades s'épuisent ; ils ont quelquefois des hémorrhagies répétées plus ou moins fréquemment et finissent par tomber dans le marasme.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formules de préparations d'acide phénique et de phénates.

Solution d'acide phénique.

Eau...	1
Acide phénique................................	1000

Mêlez.

On peut employer cette solution à l'intérieur prise par cuillerées. On en injectera dans la vessie comme désinfectant, mais beaucoup plus souvent à l'extérieur. La proportion d'acide phénique peut être élevée à 3 pour 1000.

Solution de sulfate d'alumine phéniquée.

Solution concentrée de sulfate d'alumine à 30 degrés Baumé..................................	1000
Acide phénique................................	5

Caustique désinfectant.

Une cuillerée de ce mélange dans un litre d'eau constitue une solution désinfectante efficace.

M. Lemaire préfère l'emploi de l'acide phénique. Quoi qu'il en soit, on peut employer les solutions de M. Babeuf, de phénate, de soude ou de potasse à 5 ou 10 degrés de l'aréomètre de Baumé, pour arrêter les hémorrhagies ou pour panser les plaies de mauvaise nature, ou les préparations suivantes :

Solution de phénate de soude.

Phénate de soude..............................	10 grammes.
Eau pour panser les plaies....................	1 litre.

Pommade de phénate de soude.

Phénate de soude..........................	10 grammes.
Axonge....................................	100 grammes.

Mêlez. — Contre l'acné et les affections parasitaires.

EAU PHÉNIQUÉE POUR LA TOILETTE, PAR M. LEMAIRE.

Acide phénique cristallisé.................	10 grammes.
Essence de mille-fleurs....................	1 gramme.
Teinture de quillaya saponoria (1)...........	50 grammes.
Eau de fontaine...........................	1 litre.

M. S. A.

Les médecins et les vétérinaires feront bien de s'en servir lorsque leurs mains auront touché des tissus ou des humeurs en putréfaction ou des malades atteints d'affections contagieuses.

EAU PHÉNIQUÉE DENTIFRICE, PAR M. LEMAIRE.

Eau de fontaine...........................	1 litre.
Essence de menthe.........................	1 gramme.
Teinture de quillaya saponaria.............	50 grammes.
Acide phénique pur........................	10 grammes.

M. S. A.

Une cuillerée de cette eau dans un quart de verre d'eau, à l'aide de la saponine qu'elle contient, en se servant de la brosse à dents, sans les altérer on enlève le tartre. L'acide phénique détruit les animalcules qui se développent souvent, enlève l'odeur putride, raffermit les gencives et les empêche de saigner.

PRÉPARATIONS ALCOOLIQUES. — ACIDE PHÉNIQUE ALCOOLISÉ, PAR M. LEMAIRE.

Alcool à 90 degrés............................	1 partie.
Acide phénique cristallisé.....................	1 partie.

M. A. conservez dans un flacon bien bouché.

Cette préparation a pour but de fluidifier l'acide phénique et de permettre de l'employer instantanément et sans le secours de la chaleur.

Employé comme modificateur des plaies gangréneuses, contre

(1) M. Le Beuf prépare la teinture de quillaya (qu'il appelle teinture de saponine) de la manière suivante :

Ecorces de quillaya saponaria...............	2 kilogrammes.
Alcool à 90 degrés.........................	8 litres.

Chauffez jusqu'à ébullition et filtrez.

les piqûres et les morsures d'animaux venimeux, comme un moyen abortif des pustules de la variole, de l'acné et des piqûres anatomiques, pur ou étendu de 1 à 100 parties d'eau.

LINIMENT IRRITANT, PAR M. LEMAIRE.

Alcool à 85 degrés........................	100 grammes.
Acide phénique...........................	2 grammes.

Mêlez.

Employé comme excitant de la peau dans la médication révulsive.

GLYCÉRINE PHÉNIQUÉE, PAR M. LEMAIRE.

Glycérine anglaise........................	100 grammes.
Acide phénique...........................	1 gramme.

Mêlez.

Employée contre l'impétigo, l'eczéma chronique, le lichen, le prurigo et contre le pemphigus.

On peut remplacer la glycérine par le glycérolé d'amidon.

ÉTHER PHÉNIQUE, PAR M. LEMAIRE.

Ether sulfurique..........................	100 grammes.
Acide phénique...........................	1 gramme.

Mêlez.

Employé dans le catarrhe de la trompe d'Eustache, à l'aide de l'insufflateur.

La volatilisation prompte de ce mélange permet d'en charger l'air atmosphérique que l'insufflateur pousse dans ce conduit.

(*Répert. de pharmacie.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur une modification de l'opération de la staphyloraphie.

Dans l'opération de la staphyloraphie, le passage des fils est le temps difficile entre tous, on le sait. Le créateur de la staphyloraphie en France, le célèbre Roux, armé d'un instrument assez compliqué, le *porte-aiguille*, piquait deux fois le voile du palais d'arrière en avant, c'est-à-dire de la face nasale vers la face buccale, pour placer ces fils. Il exécutait ce temps avec facilité, lui, l'opérateur par excellence, l'inventeur de la méthode, mais ceux qui lui succédèrent

furent bientot arrêtés par des difficultés qu'un long exercice ne fait pas toujours surmonter.

Cette particularité a si bien frappé les auteurs du *Compendium* que M. le professeur Gosselin dit (t. III, p. 758) : « Le procédé de Roux ne nous paraît pas susceptible de donner toujours la même proportion de succès. Dans l'appréciation des faits de ce chirurgien, nous devons faire intervenir pour une grande part et sa dextérité et l'habitude que lui avaient donné les nombreuses occasions, à lui offertes, de pratiquer la staphyloraphie, et le soin qu'il y apportait comme créateur et créateur passionné. Mais, ceux à qui le hasard n'a pas permis de s'exercer autant, ou que la Providence n'a pas pourvu au même degré de la dextérité manuelle, échoueront certainement plus souvent, et échoueront à cause des difficultés opératoires que nous avons déjà fait ressortir. »

Bérard eut l'idée de piquer le voile du palais d'avant en arrière avec deux fils séparés, puis d'engager un de ces fils dans l'anse que formait l'autre ; mais cette opération, plus facile à décrire qu'à pratiquer, n'est guère préférée à celle de Roux. M. de Villeneuve inventa un porte-aiguille à ressort pour faciliter la manœuvre de Bérard. M. Jobert (de Lamballe) a proposé de piquer un des côtés du voile du palais d'avant en arrière, et l'autre, d'arrière en avant. MM. Sotteau, Bourguignon, Depierris, Fauraytier, Sédillot imaginèrent des instruments plus ou moins compliqués, très-ingénieux, sans doute; cependant les chirurgiens n'ont guère bénéficié de ces tentatives, car ils leur préfèrent encore aujourd'hui le procédé de Roux.

Heureusement, depuis quelques années, M. le professeur Gosselin, qui est le digne continuateur de Roux pour l'opération de la staphyloraphie, a doté la science d'un procédé par les fils métalliques qui paraît devoir être prochainement employé, à l'exclusion de tous les autres; cependant, l'ancien mode opératoire n'est pas encore tombé dans l'oubli; on l'emploie souvent, et la modification qui fait l'objet de la présente note tend à rendre plus commode son temps du passage des fils dont nous venons de rappeler toute la difficulté.

Les instruments nécessaires pour l'opération que je vais décrire sont :

1° Une aiguille à suture courbe de 15 millimètres de corde;

2° Deux pinces à artères;

3° Un bistouri boutonné ou des ciseaux coudés pour l'avivement;

4° Des fils cirés en nombre double des points de suture à faire.

Quand on a pratiqué l'avivement de la fente palatine, on arme une des deux pinces à artères de l'aiguille enfilée, et on fait à environ 3 millimètres de la surface saignante, près de l'extrémité antérieure, une piqûre d'avant en arrière, c'est-à-dire de la face buccale vers la face nasale. Dès que l'aiguille a traversé le voile, et qu'on la voit apparaître par la fente, on la saisit avec la seconde pince, tandis que l'on desserre la première, et on entraîne de cette manière un des chefs du fil au dehors.

La même opération étant faite du côté opposé, on noue ensemble les deux chefs internes, c'est-à-dire ceux qui passent par la fente palatine, et en tirant sur les chefs externes on a une anse dont le plein portant un nœud est sur la face nasale du voile, tandis que les deux chefs sortent de la bouche.

Quand tous les points de suture sont placés, on les serre comme l'indiquent les auteurs, soit avec les doigts, soit avec les pinces, soit avec les instruments qu'on a proposés pour cet effet. Je dois dire, cependant, que je préfère me servir des doigts seulement.

En définitive, ce que je viens de décrire là n'est qu'une modification du procédé que Vidal (de Cassis) donne dans son *Traité de pathologie externe* (t. III, p. 589), et qu'il faut rapporter à Bérard : au lieu de faire passer l'un des deux fils dans une anse de l'autre, et de l'attirer ainsi au dehors, manœuvre plus difficile, plus minutieuse et plus longue qu'on ne croit, de prime abord, je fais un simple nœud qui réunit les deux fils.

Les avantages que je trouve à cette manière d'opérer sont : 1° de n'employer que les instruments les plus usuels et les plus familiers aux chirurgiens ; précepte que M. le professeur Gosselin a si judicieusement formulé (*Compendium*, t. III, p. 759) ; 2° de piquer le voile du palais d'avant en arrière comme le veulent Bérard, Vidal (de Cassis), Sédillot, etc., manœuvre bien plus facile et bien préférable à celle qui veut piquer d'arrière en avant ; 3° de rendre plus simple le temps du passage des fils, qui est en général si compliqué, de l'avis de tous les auteurs.

On pourra objecter que dans cette manœuvre on a un nœud à la face dorsale du point de suture, et que si le fil coupe le pont charnu, il ne fera plus une solution de continuité linéaire, mais bien un trou assez grand. Je crois pouvoir répondre que cette objection est spécieuse seulement : en effet, d'une part, puisqu'on ne laisse pas tomber d'eux-mêmes les fils dans la staphyloraphie, la crainte est vaine ; d'autre part, si le nœud supérieur avait une action quel-

conque, ce serait plutôt de retarder, à cause de son volume, la section des tissus. On va répondre que cette vue est toute théorique ; c'est vrai, mais l'objection qui l'a fait naître n'est-elle pas aussi hypothétique.

Enfin, on pourra objecter que lorsqu'il n'y a pas de nœud à la face nasale du point de suture, on peut, en coupant le point inférieur, faire aussitôt sortir le fil en tirant sur un de ses chefs, ce qui est impossible par le procédé qui nous occupe. Mais cette objection a-t-elle une bien grande valeur; lorsque le nœud du point de suture est coupé dans la staphyloraphie, ne voit-on pas bientôt le fil être expulsé spontanément par la moindre humidité des fosses nasales ou le moindre mouvement naturel du voile, si on ne l'a pas retiré avec les pinces ? Est-ce que toutes les fois que l'on n'a pas pu extraire le fil, ou que l'on a oublié de le faire, après avoir coupé le nœud, on a vu se produire nécessairement l'ulcération du pont charnu intermédiaire ?

Je n'entre pas dans la discussion sur la nature des fils dans la staphyloraphie. Je ne dis pas que les fils métalliques valent mieux, autant ou moins que les fils ordinaires ou les serre-fines. Je n'ai en vue, dans ce moment, que de présenter cette proposition : la modification qui vient de nous occuper donne un moyen plus simple et plus commode de placer les points de suture dans l'opération de la staphyloraphie. D[r] Bérenger-Féraud,

Chirurgien de 1re classe de la marine.

BIBLIOGRAPHIE.

La syphilis, ses formes, son unité, par M. le docteur Jules Davasse, ancien interne des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Quiconque voudra s'édifier de suite sur l'originalité de ce livre, ou au moins sur ce que l'auteur a prétendu y mettre d'original, pourra ne faire que parcourir les deux premiers chapitres et passer immédiatement au troisième, qui, sous la rubrique de *Doctrine et Méthode*, touche aux plus graves questions de la science des sciences. Comme une foule de bons esprits, M. Davasse estime que la médecine, à cette heure, est assez riche en observations dans lesquelles les faits, autant qu'ils sont accessibles à l'intelligence humaine, ont été complétement étudiés, pour qu'il soit légitime, urgent même de les éclairer par des principes supérieurs à eux, et qui, en les illu-

minant, les montre, si nous pouvons ainsi dire, dans leur vérité philosophique, dans la pleine lumière de leur raison d'être. Ainsi est fait l'esprit humain, hélas ! qu'il n'a pas attendu qu'une quantité suffisante d'observations lui permît de théoriser avant de suivre cette pente naturelle, et l'histoire de la science, si elle nous livre le fruit de quelques traditions utiles, est avant tout l'histoire de nos erreurs. En face de cet enseignement irréfragable de l'histoire, il est permis de montrer quelque scepticisme sur l'opportunité, sur la nécessité surtout de cette transfiguration de la science, de cette science timide qui n'ose dépasser les limites d'un empirisme raisonné, et qu'on voudrait, presque uniquement, à l'aide d'une simple réforme dans le langage, établir sur le granit (c'est un mot de l'auteur) de principes qui en commandent, qui en gouvernent toutes les applications. Si, dans le rôle modeste que nous remplissons ici, il nous était permis de suivre un instant l'auteur dans la haute sphère où il s'est placé, nous lui ferions observer humblement qu'il se place trop haut pour bien voir ce qui se passe ici-bas dans notre petit monde, et que la réforme qu'après son maître, J. F. Tessier, il vient, d'une voix timide toutefois, il faut en convenir, nous prêcher, nous paraît avoir sa raison d'être en son esprit moins dans le véritable état des choses que dans l'angle très-aigu sous lequel il voit celles-ci.

D'abord, est-il bien vrai que les choses si obscures de notre science laborieuse, nous les ayons vues sous toutes les faces par lesquelles elles nous sont accessibles? En vérité, s'il en était ainsi, qui pourrait comprendre qu'à cette heure même tant de savants laborieux, partout où l'on étudie, passent leur vie à observer, à réobserver, si vous voulez, ce que nous savons si bien ? Et puis, ignorez-vous donc qu'il y a dans le monde une méthode qu'on appelle la physiologie expérimentale, un instrument qu'on appelle le microscope, une science qui répond au nom de chimie organique, et que cette méthode, cet instrument, cette science ne nous ont encore apporté que quelques informations, et que ces quelques informations suffisent déjà à nous faire pressentir les merveilles de tout un monde inconnu? En face de cet horizon sans limites, nous n'estimons pas plus que vous, dirai-je à notre savant confrère, que le médecin doive s'interdire de penser; c'est là une exagération dont on finira, espérons-le, par comprendre l'ineptie, mais il faut le faire avec mesure. Il faut surtout prendre garde qu'une foule de données que nous pouvons légitimement attendre des modes d'observation dont nous parlions tout à l'heure nous manquent encore, et que, ne connais-

sant encore qu'un hémisphère des choses, pour répéter une expression du maître de M. Davasse, nous ne pouvons guère atteindre qu'à des conclusions partielles. Il faut surtout prendre garde, en pareille occurrence, que les mots, les grands mots ne déterminent dans notre esprit une sorte d'hallucination qui nous fasse prendre de pures apparences pour de concrètes réalités.

Nous ne répondrions pas, par exemple, qu'il n'en soit pas un peu ainsi de la doctrine de l'essentialité des maladies, telle que J. F. Tessier a tenté de l'édifier autrefois et dont notre savant confrère, l'auteur de ce livre, se fait aujourd'hui l'écho discret. Pour nous, nous ne croyons pas que Paris, non plus que Montpellier, soient aussi attardés que le prétend M. Davasse dans les conceptions de la maladie, que l'un ne voit que des maladies-tissus, l'autre des maladies-fonctions : l'un et l'autre vont plus avant dans le fond des choses ; dans tous les cas, ils savent parfaitement l'un et l'autre (moins quelques exceptions qui ne comptent pas) que les questions pathogéniques sont à l'ordre du jour, et ils travaillent à en chercher la solution par l'observation directe, et aussi en éclairant celle-ci des lumières qui jaillissent tous les jours de l'expérimentation physiologique, des découvertes de la chimie organique, des données si intéressantes du microscope ; l'essentialité des maladies, ou au moins d'un certain nombre de maladies, qui donc la nie? Qui donc nie surtout, pour ne pas sortir du cercle très-restreint dans lequel s'est renfermé l'auteur, qui nie surtout l'essentialité de la syphilis, au sens de notre laborieux confrère, pour qui cette essentialité ne consiste en rien de plus *qu'en des modes accidentels définis du composé vivant?* Poser, comme la plupart de nous le font, que le virus syphilitique est une quantité, et non une simple qualité des produits de sécrétion par lesquels s'inocule la syphilis, comment serait-ce nier que cette affection ne soit pas une maladie profondément originale, une entité nosologique nettement déterminée? Il y a là, nous le répétons, comme dans une foule de discussions, une question de mots plutôt qu'une question de choses, et nous aurions désiré que M. Davasse y eût moins insisté.

Si nous nous sommes étendu aussi longuement sur cette partie de l'ouvrage de notre savant confrère, bien que nous n'ayons pourtant fait que l'effleurer, c'est que l'auteur semble attacher une grande importance à la conception de l'essentialité morbide, telle que l'a formulée son maître, J. F. Tessier, et il en conclut que le virus est une chimère et que la syphilis est une. Probablement, ces idées se lient étroitement, s'appellent nécessairement dans l'esprit de

M. le docteur Davasse, puisqu'il affirme ce rapport : cependant, qu'en est-il réellement ? Le virus syphilitique se comporte autrement que le virus variolique, que le virus rabique, le virus charbonneux ; montrer cela, est-ce que c'est prouver que le virus n'existe pas ? En aucune façon, assurément. Quant à la dualité du même virus, que la plupart des bons esprits admettent aujourd'hui, elle nous paraît assez fondée quand la cause, quelle qu'elle soit, qui produit le chancre commun se comporte vis-à-vis de l'organisme d'une manière aussi profondément différente que ne le font le chancre proprement dit, ou les accidents secondaires inoculables. Ce chef d'école, heureusement impuissant, dont M. Davasse se fait aujourd'hui le sectaire imprévu, a dit quelque part, avec cette aisance qui le caractérise, que notre vénérable Pinel, en matière de philosophie, ne savait pas distinguer sa main droite de sa main gauche ; nous craignons qu'à force de vouloir quintessencier les choses, notre savant auteur n'en soit presque venu réellement à cette confusion. Dans tous les cas, nourri de fortes études, riche d'observations qu'il avait recueillies probablement avant d'avoir été foudroyé sur le chemin de Damas de la médecine catholique, traditionnelle, et de l'essentialité morbide, M. Davasse se dégage peu à peu du nuage, prend terre, en traduit les faits, et les interprète même, au sens pratique, à peu près comme le commun des mortels. Telle est, à cet égard, l'orthodoxie de l'auteur, que nous ne craignons pas de présenter son livre comme un de ceux où un certain nombre de questions pratiques sont le mieux présentées. Sans prétendre, par exemple, qu'il soit impossible de donner une idée nette de la syphilis autrement que ne le fait M. Davasse, nous sommes convaincu que (à part la question de l'unité ou de la dualité du virus syphilitique) les formes distinctes de la syphilis, qu'il admet et décrit dans son intéressant ouvrage, nous montrent bien la maladie sous son aspect un et divers. Cette seconde partie du livre, toute d'observation, d'analyse correcte, et où les réminiscences d'un enseignement qui, par une fausse originalité, visait plus à l'éclat qu'à l'avancement de la science, s'éclipsent à peu près complétement, cette seconde partie, disons-nous, l'emporte de beaucoup sur le reste de l'ouvrage. Les jeunes médecins surtout, qui ont besoin de bien connaître les faits avant d'aspirer à se pénétrer de ce qu'en dit la science, trouveront là une lecture fructueuse.

Notre distingué confrère, paraît-il, libre désormais de toute ambition, vit dans une profonde retraite. Ce goût de la solitude, à une époque de si ardente compétition, quand nous le rencontrons dans

un médecin, nous sommes toujours tenté d'y applaudir : *Silentio ac tenebris animus alitur*. M. Davasse a sous la main tous les instruments nécessaires pour travailler encore au progrès de la science; qu'il y consacre ses laborieux loisirs, mais qu'il ne fasse pas de sa solitude un Pathmos aux visions ardentes et passionnées : il y a d'ailleurs, dans l'enseignement dont il vient de se faire l'écho peu opportun, plus d'éléments pour une apocoloquintose que pour une apocalypse.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Quelques réflexions sur l'antagonisme de la belladone et de l'opium. — L'étude des alcaloïdes végétaux fournit à la thérapeutique de précieuses ressources. La morphine et l'atropine sont devenues d'un usage journalier. Des accidents sont résultés de leur fréquent emploi; beaucoup de médecins ont été appelés à en constater, et tous ont reconnu que l'atropine surtout, administrée aux doses usuelles, produit souvent des effets physiologiques incommodes pour le malade et sans utilité curative.

Frappés de l'antagonisme qui semble exister entre les propriétés physiologiques de ces deux substances, les praticiens ont été naturellement conduits à supposer que l'une pourrait être le contre-poison de l'autre, ou tout au moins en atténuer les fâcheux effets.

Un certain nombre d'observations ont été citées à l'appui de cette idée théorique, à laquelle la pratique semblait avoir donné raison.

Cet antagonisme est-il réel ; les cliniciens ne se sont-ils pas illusionnés ?

M. le docteur Camus [1], dans une série d'expériences faites au laboratoire du Val-de-Grâce, attaque une opinion qui tendait à devenir générale et qu'il serait en effet très-important de révoquer, si elle ne reposait pas sur des observations concluantes.

Tout en tenant compte à M. le docteur Camus de ses louables et intéressantes tentatives, on ne saurait faire abstraction des résultats cliniques. Sans doute, les expériences sur les animaux ont une grande importance, elles ont de nos jours puissamment éclairé la physiologie et la thérapeutique ; mais la démonstration sur l'homme est une sanction bien autrement capitale et sans réplique.

M. G. Lubelski, de Varsovie, vient d'ajouter à la liste des faits

---

[1] *Gazette hebdomadaire*, 11 août.

connus une observation remarquable publiée dans la *Gazette hebdomadaire* du 7 septembre, sous forme de réponse au travail précédemment cité.

Sur l'homme, on ne saurait tenter d'expérimentation physiologique, surtout lorsqu'il s'agit de substances dangereuses. Sans renoncer au flambeau de la méthode expérimentale, le médecin est impérieusement forcé de la concilier avec certaines exigences; il est obligé de subir les événements et d'harmoniser ses tentatives avec l'intérêt du malade. C'est pourquoi, dans la plupart des cas d'empoisonnement par l'opium combattus par l'atropine, le contre-poison n'a pas été employé d'une manière exclusive; il n'a rempli pour ainsi dire que le rôle d'adjuvant.

Néanmoins, il faut tenir compte de ces faits, car, s'ils ne donnent pas, chacun en particulier, une démonstration rigoureuse, ils peuvent, réunis et interprétés, conduire à une solution utile à la thérapeutique.

Celui que nous allons citer peut être rangé dans cette catégorie de faits incomplets, mais qui cependant portent avec eux un certain enseignement :

Mlle X***, sous l'influence d'un violent chagrin, a voulu s'empoisonner avec du laudanum de Sydenham. Elle s'est procuré une dose d'environ 20 grammes, qu'elle avala tout entière. Au moment de cette tentative de suicide, elle était atteinte d'embarras gastrique depuis quatre jours.

La malade nous est amenée à la Maison municipale de santé le 29 juillet; elle est placée dans le service de M. Bourdon. L'ingestion du laudanum date de la veille, à une heure après midi; les secours n'ont pas été immédiats, car la jeune fille s'était enfermée et couchée dans sa chambre. D'après son récit, elle serait descendue quelques instants pour causer avec les personnes de la maison, alors qu'elle avait déjà pris le laudanum. Puis elle est remontée dans sa chambre, et elle affirme que les accidents graves ne l'ont saisie que trois heures après l'introduction du poison dans l'estomac.

Des vomissements assez abondants, nécessitant peu d'efforts, se manifestèrent avant qu'on s'aperçût de l'accident; ce n'est que vers six heures du soir qu'elle fut trouvée plongée sous l'influence du narcotique. Un médecin mandé aussitôt prescrivit du café et de l'eau-de-vie.

Les symptômes inquiétants disparurent; mais les vomissements persistèrent. Le lendemain, ils n'avaient pas encore cessé, et c'est

ce qui détermina la malade à se présenter à l'hôpital, plus de vingt-quatre heures après l'ingestion du poison.

A quatre heures de l'après-midi, Mlle X*** nous offre les phénomènes suivants : physionomie calme et triste, conservation des facultés intellectuelles, tendance au sommeil, contraction des pupilles ; 52 à 56 pulsations artérielles par minute, respiration normale, vomissements fréquents ; aucune éruption, pas de démangeaisons ; la malade assure que ce dernier symptôme a manqué ; mais il est cependant probable qu'il s'est manifesté à son insu, car elle présente des éraillures de l'épiderme produites par des coups d'ongle ; ces petites traînées linéaires provoquées par le prurit s'observent surtout à l'épigastre.

Une injection sous-cutanée de 10 gouttes d'une solution au 100me de sulfate d'atropine, est aussitôt pratiquée. Dès lors, les vomissements que nous avions encore constatés en interrogeant la malade ne reparaissent pas ; ils sont arrêtés brusquement.

Le pouls se relève ; au bout d'un quart d'heure, il donne 68 pulsations ; la somnolence et le malaise sont anéantis.

Nous sommes persuadé que le danger n'existait plus lorsque l'injection d'atropine a été faite ; les vomissements spontanés et les stimulants employés le jour même ont atténué les effets du poison ; mais il n'en est pas moins vrai que la malade était encore sous l'influence du narcotique, et que l'introduction de l'atropine a supprimé avec une instantanéité remarquable les derniers symptômes de l'intoxication.

Quelques auteurs ont soupçonné et signalé autrefois l'antagonisme de la belladone et de l'opium ; mais c'est à notre époque seulement qu'il faut chercher les faits d'une importance réelle relativement à cette question. Des observations ont été publiées à l'étranger ; en France des cas analogues ont été signalés par plusieurs praticiens, à la tête desquels se place avec autorité M. le professeur Béhier.

M. H. Bourdon a observé un certain nombre de faits confirmatifs ; souvent, dans le service de cet habile praticien, nous avons eu l'occasion d'associer les deux médicaments et d'injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané une solution de chlorhydrate de morphine au trentième et une solution de sulfate d'atropine au centième ; 30 gouttes de la première pour 10 à 12 gouttes de la seconde.

Récemment encore, deux malades atteints de névroses graves ont éprouvé sous nos yeux le bénéfice de cette association, alors que

l'atropine, d'abord employée isolément, avait donné lieu à des troubles physiologiques fort incommodes.

Les faits que nous avons observés sont insuffisants pour juger la question de l'antagonisme entre la belladone et l'opium ; ils ne peuvent guère servir que de pierres d'attente pour continuer à édifier l'œuvre. Dès aujourd'hui, cependant, nous devons essayer d'en tirer quelques déductions.

L'opium atténue et contre-balance avantageusement, dans la pratique, les effets physiologiques incommodes produits par la belladone ; la réciproque paraît également vraie.

Si l'empoisonnement par l'opium ne peut être enrayé par la belladone, et *vice versa*, il est du moins certain que l'un de ces médicaments est un adjuvant très-utile pour combattre certains symptômes toxiques produits par l'autre.

Ainsi que M. Béhier l'a observé, il faut une dose d'atropine inférieure à celle de morphine pour obtenir la neutralisation. La pratique de M. Bourdon est d'accord avec cette opinion. Dans les faits que nous avons recueillis, la proportion de morphine, employée concurremment à l'atropine, était toujours au moins quatre fois plus forte.

Nous croyons que, dans un cas d'empoisonnement, il faut éviter de donner le médicament regardé comme antagoniste à la dose où il serait lui-même toxique. Malgré l'obscurité qui couvre encore l'action intime des médicaments, on peut supposer, d'après leurs effets bien connus, que l'opium et la belladone agissent sur des éléments de l'organisme doués de propriétés opposées. Lorsque la belladone ou l'opium tue, c'est peut-être parce qu'au lieu d'agir comme modificateur passager, il a exercé une action profonde et produit une lésion sur l'élément nerveux, pour lequel il possède une action élective. Il n'est pas irrationnel d'admettre que l'organisme, blessé simultanément en deux sens divers, succombe plus vite lorsque chacun des deux agents a été administré à une dose suffisante pour produire de véritables désordres.

Quant à la manière d'introduire le contre-poison, il est aujourd'hui hors de doute qu'aucun procédé ne donnera des résultats aussi sûrs et aussi rapides que la méthode hypodermique. Par ce moyen, on sera certain d'agir, tandis que par l'ingestion stomacale, le médicament pourrait être rejeté, comme il l'est souvent dans l'intoxication par l'opium. T. Dodeuil.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'emploi de la ouate comme agent hémostatique. Dans l'exercice de l'art de guérir, rien de plus essentiel au praticien que d'être toujours à même de porter un secours prompt et efficace dans les diverses circonstances où l'on fait appel à son expérience. Voilà pourquoi il importe qu'il soit familiarisé avec les moyens les plus simples et qui se trouvent le plus facilement à sa portée; voilà pourquoi aussi nous saisissons l'occasion de rappeler un de ces moyens qui, préconisé déjà par Reveillé-Parise dans ce journal en 1852, réunissait toutes les conditions pour entrer d'emblée, sur la recommandation de ce recommandable médecin, dans la pratique courante. Nous voulons parler de la ouate, dont nous voyons avec plaisir les avantages rappelés par M. le docteur Journez.

Espèce de duvet composé de fils excessivement ténus, enlacés, la ouate, dit notre confrère belge, s'attache aux parties qui sont le siége de l'hémorrhagie, et elle s'y attache plus aisément que ne le fait la charpie, l'éponge, l'amadou. Elle se prête à toutes les dispositions des parties lésées, gêne moins les mouvements, et une fois qu'elle est adhérente, réclame moins, pour se maintenir en place, un appareil protecteur ou de soutien. Introduite dans les sillons les plus profonds et les plus étroits, comme dans les cavités et les anfractuosités les plus variées, son élasticité permet de compter sur une action compressive auxiliaire, toujours favorable et toujours subordonnée à la quantité employée. Une fois appliquée sur le siége d'une hémorrhagie externe, il suffit de la tenir en place pendant quelques minutes à l'aide des doigts, puis de retirer doucement ceux-ci les uns après les autres, dès que l'écoulement sanguin a complétement cessé. Quand l'hémorrhagie a sa source dans une cavité, il faut tamponner celle-ci de façon à permettre à la ouate d'exercer une compression modérée qui est toujours un auxiliaire avantageux. La compression doit être modérée; car, ainsi que l'a fait remarquer Reveillé-Parise, « si les bourdonnets étaient trop pressés, le sang ne pourrait pénétrer dans les interstices de cette substance, et s'ils étaient trop mous, il les traverserait avec trop de facilité, et l'hémorrhagie pourrait continuer. »

M. Journez a eu recours à la ouate avec succès, comme il le fait voir par des exemples tirés de sa pratique, pour combattre des hémorrhagies dans des cas de plaies par arrachement, de plaies par instrument tranchant, de plaies des petites artères, d'épistaxis, et surtout de piqûres de sangsues, hémorrhagies souvent si redoutables chez les enfants et chez certains sujets débiles. (*Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles*, avril 1865.)

Luxation incomplète de l'axis, suivie de guérison. N***, journalier, âgé de vingt et un ans, entré à l'hôpital de Guy, dans le service de M. Hilton, le 26 mai 1865. Cet homme, quoique se sentant indisposé et ayant perdu l'appétit et les forces depuis environ trois mois, continuait cependant de se livrer à ses travaux habituels. Le 14 mai, en se baissant pour cirer ses bottes, qu'il avait aux pieds, il éprouva tout à coup la sensation de quelque chose qui se rompt à la partie supérieure et postérieure du cou, « comme si quelqu'un l'eût frappé en ce point. » Un quart d'heure après, il tomba dans un état d'insensibilité qui dura environ une demi-heure. Il sentit ensuite de la roideur et de l'engourdissement en arrière et sur les côtés de la tête et du cou, avec un sentiment de plénitude dans le pharynx et difficulté d'avaler. D'abord, il n'y eut pas perte de la motilité des membres, seulement un peu de douleur dans le bras droit; il survint, toutefois, une diminution de la force motrice dans ce même membre quelques jours après l'entrée à l'hôpital, mais qui disparut spontanément au bout de peu de temps.

Au moment de l'admission, le malade porte la tête fixe, et ressent de la douleur à la moindre tentative pour imprimer à cette partie un mouvement de rotation, la fléchir ou l'étendre; la mâchoire, à peu près immobile, ne peut être suffisamment écartée pour que le doigt puisse être introduit dans la bouche jusqu'à la paroi postérieure

du pharynx; la voix est épaisse et gutturale; la déglutition n'est pas très-gênée. Extérieurement, au niveau de l'apophyse épineuse de la seconde vertèbre cervicale, est une tumeur dure et résistante, mais sensible à la pression, tumeur évidemment formée par une saillie exagérée de l'apophyse épineuse de l'axis elle-même; la sensibilité n'est pas générale, mais circonscrite; tout autour les parties sont engourdies.

Le malade fut couché dans le décubitus dorsal sur un lit dur, la tête n'étant que très-légèrement soulevée, un petit sac de sable placé au-dessous de la saillie de l'apophyse, et la tête étant maintenue dans une position invariable au moyen de sacs de sable plus grands. Poudre de Dower, 0g,25; hydrargyrum cum creta, 0g,15, deux fois par jour; ce dernier médicament fut continué jusqu'au dixième jour, où il fut supprimé, les gencives commençant à s'affecter. Une amélioration marquée s'est manifestée dans l'aspect général et plus particulièrement dans les symptômes spéciaux. Il continua ainsi, jusqu'au 5 juillet, à aller toujours de mieux en mieux. A ce moment il survint une inflammation aiguë de forme rhumatismale du genou et du coude droits, suivie, un ou deux jours après, d'un état semblable dans le genou gauche, sans signe d'infection purulente; accidents qui cédèrent à des applications de vésicatoires sur les jointures et à un traitement par le nitrate de potasse et le jus de citron. Au commencement d'août, il ne restait plus des symptômes dépendants de la luxation que la saillie anormale, et le malade se trouvait très bien de son repos prolongé au lit.

Suivant la remarque de M. Hilton, faite aux assistants, il a été démontré, et ce cas vient à l'appui, que l'aire du canal vertébral peut être diminuée d'un tiers, pourvu que cette diminution se produise avec lenteur, sans donner lieu à aucun symptôme alarmant ou très-marqué de compression de la moelle. (*Med. Press.*, 9 août 1865.)

Paralysie par compression du nerf radial dans un canal osseux accidentel, suite de fracture; dégagement du nerf par une opération; guérison. Parmi les variétés de paralysies traumatiques, il en est une qui, selon toutes probabilités, n'est pas très-rare, mais qui a été peu étudiée et qu'on n'a jamais entrepris de guérir par une opération chirurgicale. C'est la paralysie survenue à la suite des fractures compliquées, et qui résulte de la compression exercée sur un nerf par les fragments eux-mêmes ou par le cal. La cause de cette paralysie étant permanente et constituée par un obstacle mécanique au retour des fonctions nerveuses, ne peut pas être attaquée par les moyens thérapeutiques ordinaires. Dans un cas de ce genre, qu'il a eu récemment à traiter, M. Ollier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a eu recours, avec succès, à une opération nouvelle.

Le nommé Lombard, âgé de vingt-deux ans, terrassier, fut pris sous un éboulement, le 10 mars 1863, et se fit une fracture de l'humérus droit, un peu au-dessous de la partie moyenne, avec issue du fragment inférieur à travers la peau. La fracture fut réduite le soir même et le bras placé et maintenu dans un appareil amidonné pendant quarante jours. A la levée de l'appareil, on reconnut que le cal était parfaitement solide; mais en même temps on s'aperçut que la main, qui était tombée en pronation, ne pouvait plus se relever, que l'avant-bras était considérablement atrophié, et qu'il y avait paralysie complète des extenseurs et de tous les muscles auxquels se distribue le radial. L'électricité, quel que fût le courant, n'avait pas plus d'action sur les muscles que la volonté.

Dans des examens répétés, M. Ollier reconnut que la pression sur le nerf au-dessus du cal éveillait une sensibilité très-vive, qu'au niveau du cal elle ne produisait aucune sensation, et qu'au-dessous elle paraissait exciter une sensation désagréable et quelques fourmillements vagues, spécialement à la partie postérieure de l'avant-bras, jusqu'au-dessous du poignet. D'après ces circonstances, M. Ollier diagnostiqua une compression du nerf radial dans le trajet qu'il parcourait dans le cal, et ayant au préalable essayé inutilement de faire diminuer celui-ci à l'aide de tous les fondants possibles, ayant échoué de plus à rappeler la contractilité musculaire au moyen de l'électricité, il se résolut à tenter de lever, au moyen d'une opération chirurgicale, l'obstacle qui interrompait l'action des tubes nerveux moteurs.

L'opération fut pratiquée le 18 septembre 1865. Sans en rendre compte dans tous ses détails, nous dirons seu-

lement qu'après avoir mis à nu le cal au moyen d'une incision, l'habile chirurgien, ayant sculpté avec la gouge et le maillet une gouttière dans lo cal et les fragments, fut assez heureux pour découvrir la cause de la paralysie, laquelle était exactement ce qu'il avait pensé. Il trouva le nerf étranglé par une pointe osseuse et renflé comme un ganglion au-dessus du siége de la compression ; il fit sauter cette pointe et convertit ainsi le canal étroit et irrégulier où le nerf était comprimé en une large gouttière, et pour éviter la reproduction osseuse, il enleva le périoste tout autour. Les bords de la plaie furent rapprochés au moyen de bandelettes, puis le membre, enveloppé de coton, fut immobilisé par deux attelles de carton. Le quinzième jour la cicatrisation était complète, sans avoir été entravée par aucun accident sérieux.

Dès le sixième jour il y eut des fourmillements dans les régions postérieure et externe de l'avant-bras. L'électricité, employée à partir du quinzième jour, éveilla des sensations que le malade n'éprouvait pas avant l'opération. Le vingtième jour, la main se souleva un peu sous l'influence de la volonté et ensuite d'une façon de plus en plus appréciable. Enfin, au bout de six mois et demi, la guérison était complète et Lombard était en état de reprendre son travail de terrassier. (*Gaz. hebdom.*, 18 août 1865.)

Emploi du sel marin dans le traitement des plaies. C'est une des recherches à l'ordre du jour, et sans contredit l'une des plus importantes, que celle des moyens les plus propres à amener une prompte et bonne cicatrisation des solutions de continuité suppurantes, à en prévenir et combattre les dangers; aussi avons-nous vu, dans ces derniers temps surtout, préconiser un grand nombre d'agents plus ou moins aptes à désinfecter les plaies : coaltar, acide phénique, alcool camphré ou non, chlorate de potasse, chlorures divers, et, en dernier lieu, les sulfites, dont notre collaborateur, M. le docteur Constantin Paul, vient de tracer l'histoire pour nos lecteurs, d'une manière si intéressante.

Entre ces substances, il en est qui sont dès longtemps déjà en possession, et à juste titre, de la réputation d'être de très-bons désinfectants ; nous voulons parler des chlorures. Mais des divers chlorures, chose assez singulière, bien qu'elle ne soit pas rare dans la pratique de notre art, c'est précisément celui qui se trouve le plus facilement sous la main, qui est le moins employé, à savoir le chlorure de sodium ou sel marin. Ce n'est pas pourtant que l'expérience ait manqué à prononcer sur sa valeur : il a été, au contraire, expérimenté il y a quelque trente ans, et l'on peut lire notamment sur ce sujet, dans le tome II de notre collection, un court mémoire du docteur Senné, qui est loin de manquer d'intérêt.

Aujourd'hui, M. le docteur Victor Dewandre, chef du service médical aux travaux d'agrandissement d'Anvers, a repris l'étude d'expérimentation clinique *du chlorure de sodium dans le traitement des plaies en général*, et il a publié sous ce titre une brochure qui a été couronnée par la Société médico-chirurgicale de Liége, brochure dans laquelle il met en évidence, mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, les avantages qu'on peut retirer, dans la pratique, de l'emploi de cet agent, d'autant plus précieux, répétons-le, qu'on l'a partout sous la main. Nous ne pouvons ici que résumer rapidement ces avantages.

Quand on arrose une plaie au moyen de l'eau *marinée*, si cette plaie est fétide, le premier effet qui se produit, c'est la disparition presque immédiate de l'odeur. Un autre phénomène immédiat, c'est la rutilance du sang ; le liquide sanguin noirâtre, décomposé, qui recouvre la plaie, devient vermeil, s'oxygénise et se détache en petits grumeaux pourpres. En même temps, sensation de froid local, picotement, cuisson, pouvant aller jusqu'à une douleur légère, toujours supportable. La suppuration diminue rapidement de quantité, et si elle était sanieuse, mal liée, elle devient en quelques jours consistante et prend cet aspect jaunâtre, indice d'une heureuse terminaison. La suppuration diminuant et changeant de nature amène un bourgeonnement marqué de la plaie, provoque le retrait des lèvres et une cicatrisation rapide. Ces bonnes conditions de la partie lésée ont pour conséquence un retentissement heureux sur l'organisme en général ; dès lors appétit, bon état des forces, etc.

A l'appui de ces heureux effets, M. Dewandre fait connaître les résultats de sa pratique, qui peuvent se résumer ainsi : ayant reçu dans son service plus de 400 blessés, et pratiqué les plus grandes opérations de la chi-

rurgie, il n'a eu qu'une seule fois à lutter contre l'infection purulente; jamais il n'a observé d'érysipèle, ni de tétanos, ni de pourriture d'hôpital, depuis qu'il emploie la solution de sel marin, et quoique l'hôpital Pauwels, confié à ses soins, soit placé dans les plus mauvaises conditions hygiéniques.

Les solutions mises en usage par M. Dewandre ne sont pas toutes au même degré. Au début du traitement, il n'emploie pas plus de 100 grammes de sel marin ordinaire pour 2 litres d'eau; au bout de peu de jours, il arrive à la solution concentrée, en prenant soin que jamais des cristaux non dissous ne puissent être déposés sur les plaies. Ces solutions sont employées en arrosements sur les surfaces, en injections dans les trajets fistuleux, en irrigations plus ou moins prolongées, en pansements avec des compresses ou des plumasseaux de charpie qu'on maintient constamment humectés, en se guidant, d'ailleurs, pour la répétition plus ou moins fréquente de ces divers modes d'application, d'après l'état des plaies. (*Un. méd.*, 11 juillet 1865.)

Epilepsie (petit mal) traitée avec succès au moyen des applications de glace à l'extérieur. Il y a deux ans, en juillet 1863, M. le docteur Chapman publia dans le *Medical Times* six cas d'épilepsie, traités par lui avec succès, et dans lesquels le principal moyen employé consista dans l'application de la glace le long de l'épine dorsale. Revenant aujourd'hui sur ces faits, qui furent alors relatés très-sdecinetement, il en rapporte un comme exemple, avec plus de détails, où il lui a été donné de constater la persistance de la guérison.

Il s'agit d'un garçon de quatorze ans. Lorsque M. Chapman le vit, le 10 juillet 1863, cet enfant avait eu, neuf mois auparavant, une fièvre rhumatismale qui avait principalement affecté le système nerveux, et à la suite de laquelle il resta pendant environ trois semaines une grande difficulté d'émettre les sons et d'articuler les mots; depuis, la voix est revenue, mais elle est demeurée faible. Peu de temps après son rétablissement, passant par Old Bailey, il vit pendre une femme et fut saisi d'une vive frayeur; le soir, en revenant à la maison, il traînait la jambe droite, et le pied était dans un état d'extension prononcée, comme dans le pied-equin; cet état se prolongea durant trois semaines, et il est même resté une faiblesse habituelle du membre et de la roideur quand le malade reste assis ou couché longtemps dans la même position. Vers le commencement d'avril 1863, on s'aperçut pour la première fois chez le jeune malade d'un regard fixe, égaré et d'un spasme des yeux, qui duraient une ou deux secondes et revenaient plusieurs fois par jour. A l'époque où M. Chapman commença à le voir, chaque attaque commençait par un cri assez semblable à l'aboiement d'un chien. Après avoir reçu les soins, sans aucun succès, de deux médecins éminents, il fut traité dans un hôpital spécial : le bromure de potassium, administré à forte dose, amena au bout de trois semaines la cessation des attaques, mais pour peu de jours seulement. Elles revinrent ensuite et continuèrent, au nombre d'environ douze par jour. Pendant les attaques, il y a perte complète de connaissance. Les mains et les pieds sont habituellement froids, le nez très-irritable et considérablement enflammé, la partie postérieure du corps très-chaude, le pouls à 96, les excrétions alvines irrégulières.

M. Chapman prescrivit (10 juin) l'application de la glace (dans le sac spécial pour la région spinale, *spinal ice bag*) sur les vertèbres cervicales, dorsales et lombaires, répétée cinq fois dans les vingt-quatre heures, jusqu'à ce que la glace fût fondue; à l'intérieur, l'usage du bromure de potassium et du bromure d'ammonium, 15 centigrammes par jour; un exercice régulier de l'intelligence et la gymnastique au moyen des haltères plusieurs fois dans la journée.

Le 17 juin. Trois ou quatre accès seulement le 11; et sans cri; aucun depuis, pas même imminences d'accès. Les pieds et les mains devenus chauds, les pieds brûlants même dans la soirée. Irritation et inflammation nasales disparues. Garde-robes quotidiennes. Pouls à 80. Voix encore un peu faible. — Continuation des applications de glace en enveloppant le sac dans un bas de mérinos; frictions énergiques sur le devant du cou plusieurs fois par jour; doubler la dose des médicaments administrés à l'intérieur.

Le 24. N'a pas eu d'accès; se trouve très-bien, sauf une chaleur désagréable aux pieds. Envelopper le sac à glace dans un bas de laine commune; le reste *ut supra*.

Le 1er juillet. Pas d'attaques. A la suite d'un bain froid, il y a huit jours, il est survenu un peu de malaise général et de langueur qui a persisté; mais il se sent mieux ce matin. Il a été lourd et endormi et a eu trois saignements de nez, le dernier très-abondant. Pâleur; pouls à 72; langue légèrement saburrale; selles régulières. — Deux applications de glace seulement par jour, le sac enveloppé dans une étoffe de laine épaisse; remplacer les médicaments internes par l'acide sulfurique dilué, 5 *minims* (environ 25 centigrammes), bisulfate de quinine, 4 centigrammes, deux fois par jour.

Le 8. Pas d'accès. Langueur et somnolence disparues, ainsi que les hémorrhagies nasales. Pouls à 80. Selles régulières. Etat de bien-être. Continuation du traitement.

Départ pour la campagne à la fin d'août. Eau de source, au lieu de glace, dans le sac toujours enveloppé de laine, deux applications par jour. Au bout de quinze jours, remplacer les applications par un lavage général à l'eau froide avec une éponge tous les matins. Laisser les médicaments internes.

Le 10 septembre. Il n'y a pas eu d'accès; très-bon état, excellent aspect; son père ne l'a jamais vu si bien. Chaleur normale aux pieds et aux mains; pouls à 84; selles régulières. Tous les matins, exprimer une éponge imbibée d'eau froide sur la région dorsale; infusion de colombo, 60 grammes; bromure d'ammonium, 10 centigrammes, et bicarbonate de potasse, 25 centigrammes, deux fois par jour.

Le 17 octobre, très-bon état, sauf un peu de constipation de temps à autre.

Le 1er juillet 1865, c'est-à-dire deux ans après le début du traitement, le malade a été revu plusieurs fois; il n'est jamais revenu d'attaque (*Med. Times* et *Med. Press*, 19 juillet 1865).

Hydro-péricarde. Paracentèse. Guérison. Les exemples de ponction du péricarde suivie de guérison sont tellement rares, que nous enregistrons avec satisfaction le fait suivant, recueilli dans le service de M. Champouillon, au Val-de-Grâce:

Dans le courant du mois de mai 1849, D***, voltigeur libéré, se rendant de Lyon à Brest, fut obligé de s'arrêter à Paris, incapable qu'il était de poursuivre sa route. Au moment de son entrée à l'hôpital du Val-de-Grâce, cet homme présentait l'état suivant: pâleur et légère bouffissure de la face, dyspnée continuelle, mais se calmant un peu par l'inclinaison du tronc en avant; voix faible, essoufflée; pouls petit, fréquent, mais sans caractère fébrile; voussure fortement accusée entre la troisième et la septième côte à gauche; absence, sur ce point, de murmure vésiculaire et des battements du cœur; ceux-ci ne se font entendre qu'au delà du sternum, à droite; on sent que l'organe ne se meut que péniblement. Dans toute l'étendue de la voussure, et un peu en dehors de ses limites, matité générale absolue; toutes les zones du poumon, restées perméables, fournissent une respiration puérile très-pure; point de bronchite ni d'égophonie; infiltration modérée des pieds et des mains; nutrition imparfaite; tendance à la syncope après tout effort musculaire un peu énergique.

Cinq mois auparavant, cet homme avait été atteint d'une péricardite aiguë, compliquant un rhumatisme articulaire généralisé. La médication employée avait été impuissante à prévenir l'hydro-péricarde, maladie reconnue difficilement curable, et à propos de laquelle D*** avait obtenu sa libération du service militaire.

Le malade, préoccupé de sa situation actuelle, désespérant de sa guérison, répète souvent qu'il s'achèvera lui-même plutôt que de recourir à la charité publique pour lui demander le moyen de subsister. M. Champouillon lui propose alors de procéder à la ponction, sans lui cacher toutefois les dangers et l'insuccès possibles de l'opération. Cette proposition est acceptée par D***, qui en sollicite l'exécution immédiate.

Il s'agissait, avant tout, de faire un choix entre les diverses méthodes proposées pour la ponction du péricarde; le procédé de Boyer fut adopté, c'est-à-dire que le sujet étant couché sur le dos, les bras élevés parallèlement au-dessus de la tête, un trocart légèrement courbé, dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, fut plongé entre la quatrième et la cinquième côte, et à quelques centimètres du bord gauche du sternum. La maigreur du sujet et la voussure de la poitrine rendaient cette ponction très-facile. Le liquide qui s'échappe par la canule en sort d'abord par un jet ferme et continu, puis ne vient plus en quelque sorte que par ondées intermittentes qui correspondent assez exacte-

ment aux mouvements du cœur. Dans le moment où le malade exécute une évolution jugée nécessaire à l'entier épuisement du liquide, il survient une syncope qui dure près d'une minute, et cause quelque alarme parmi les assistants. Dès que l'écoulement commence à languir, la canule est retirée par un mouvement rapide, en même temps que la peau, qui avait été fortement relevée avant la ponction, est vivement abaissée.

La quantité de liquide obtenu s'élevait à 615 grammes; la teinte en était un peu verdâtre, et la transparence très-louche. M. Dujardin y trouva, au microscope, quelques globules de pus et plusieurs filaments de structure épithéliale.

D*** fut condamné à rester au lit, dans une immobilité aussi complète que possible, afin de prévenir le retour d'une syncope restée imminente. L'état de ce malade ne parut pas d'abord s'améliorer d'une façon très-satisfaisante; néanmoins, une promenade d'un quart d'heure était devenue possible, facile même, le quatorzième jour après l'opération. L'appétit, les forces, le coloris reparurent graduellement: l'œdème s'éclipsa de bonne heure: le cœur quitta la position qu'il avait prise, en faisant violence au médiastin antérieur, et revint à sa situation normale; peu à peu ses battements rentrent dans l'ordre naturel. La voussure persiste, mais la respiration, encore un peu faible, il est vrai, est facilement perçue dans toute l'étendue du poumon gauche. En un mot, la restauration s'opère sur tous les points de l'économie.

Six semaines environ après avoir été opéré, D*** quitta l'hôpital, dans un état de santé satisfaisant pour regagner la Bretagne, où il se fit employer comme manouvrier. Seize mois plus tard, il abandonna cette profession pour prendre du service à bord d'un bâtiment marchand. Depuis lors, le sujet a été perdu de vue. (*Gazette des Hôpitaux.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Nouveau procédé opératoire pour le bec-de-lièvre. M. Giraldès vient de communiquer à la Société de chirurgie un nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre. Dans les cas de bec-de-lièvre double compliqués, de bec-de-lièvre unilatéral compliqué de division de l'arcade dentaire ou de la voûte palatine, cas dans lesquels il existe toujours un écartement des ailes du nez, une grande perte de substance à la lèvre supérieure, j'ai introduit, dit M. Giraldès, dans le procédé opératoire une modification de nature à permettre une réunion plus facile et de mieux corriger la malformation des parties. Pour bien faire comprendre l'importance de ce procédé, je dois rappeler que, dans les cas auxquels je fais allusion, je *n'adopte jamais* la pratique conseillée dans les traités de médecine opératoire, pratique dont l'origine remonte à Franco, et qui consiste à disséquer la joue et les ailes du nez assez loin, afin de faciliter l'affrontement des lèvres qu'on veut réunir. Cette pratique classique me paraît essentiellement mauvaise: elle est loin de remplir le but qu'on se propose d'atteindre. Au lieu de disséquer les joues, je préfère couper toute l'épaisseur de la lèvre au moyen d'une incision oblique, dirigée dans le sens du contour de la narine. On obtient ainsi un lambeau susceptible de s'étendre sans beaucoup d'effort et de se réunir facilement au bord du côté opposé. Par suite de la division des parties molles, les muscles élévateurs des ailes du nez, se trouvant coupés à leur insertion sur la lèvre, n'agissent plus par contraction sur les parties adossées en voie de se réunir. Il arrive ici ce qu'on observe dans l'opération de la staphyloraphie précédée par la section des muscles du voile du palais. Prenons pour exemple un bec-de-lièvre unilatéral compliqué. Le premier temps de l'opération exécuté, je procède à l'avivement des lambeaux en coupant de haut en bas le lambeau externe comme dans le procédé de Clemot et de Langenbeck Du côté opposé, l'avivement de la lèvre est fait en sens contraire, c'est-à-dire de bas en haut, de manière à détacher un petit lambeau dont la base se continue avec la partie supérieure de la lèvre. Cela fait, les parties avivées sont réunies au moyen de deux points de suture métallique traversant toute l'épaisseur des parties; le petit lambeau provenant du côté externe est réuni, comme dans le procédé de Langenbeck, au moyen d'un fil métallique; le petit lambeau supérieur est appliqué et réuni à la partie supérieure du

grand lambeau labial, et contribue à former le rebord de la narine. L'opération terminée représente une espèce d'échelon ; la partie verticale répond aux lèvres avivées, et les branches horizontales, l'une au petit lambeau supérieur et l'autre au petit lambeau inférieur. Il y a là une espèce d'emboîtement réciproque.

Pour montrer l'avantage du procédé, il faut rappeler qu'en détachant la lèvre externe au moyen d'une incision, on laisse, après sa réunion à celle du côté opposé, un bord saignant correspondant à l'ouverture de la narine ; mais, en appliquant le petit lambeau interne et supérieur sur ce bord saignant, on donne à la narine un bord recouvert d'une peau normale ; on augmente la hauteur de la lèvre, et on donne à la surface de réunion une étendue plus grande, conditions qui favorisent le succès. (*Société de chirurgie.*)

Cas d'empoisonnement par le sulfocyanure de mercure. Il se vend publiquement à Paris, depuis quelque temps, une espèce de jouet qui peut devenir l'occasion des plus graves empoisonnements, ainsi que M. le docteur Peter vient d'avoir occasion d'en observer un cas, qu'il a communiqué à la Société médicale de l'Elysée. Il s'agit de la préparation dont se sert tous les soirs le prestidigitateur Cleverman, *pour évoquer des serpents*. Cette préparation n'est, en effet, autre chose que l'association, dans des proportions qui sont le secret de l'inventeur, du sulfocyanure de mercure, corps qui jouit de la propriété remarquable d'augmenter considérablement de volume par la combustion en prenant alors certaines teintes verdâtres, et du nitrate de potasse, qui joue le rôle de corps comburant. Disposée sous forme cylindrique, elle conserve cette forme en brûlant et en même temps se recourbe en tous sens, comme le ferait un serpent. Le sulfocyanure qui sert à ces tours, a la forme de petits cylindres blancs de la grosseur d'un crayon ordinaire et d'une longueur d'un centimètre environ : ces cylindres, très-poreux, très-légers, ont la forme des bonbons de pâte de guimauve.

Le malade de M. Peter, jeune seigneur étranger, âgé de dix-neuf ans, avait croqué et en partie avalé un de ces cylindres, croyant prendre un bonbon, et ne s'était aperçu de sa méprise qu'à la saveur affreuse de la substance. Il avait immédiatement craché ce qu'il en avait encore dans la bouche. Bientôt, sentiment de chaleur et de constriction le long de l'œsophage, d'ardeur et de souffrance dans la région de l'estomac. Un médecin du voisinage, consulté, avait fait prendre un émétique, dont l'effet avait procuré du soulagement. Mais la douleur de l'estomac n'ayant pas tardé à reparaître, M. Peter fut appelé par le frère du malade, absent d'abord, et qui, ayant acheté le sulfocyanure, pouvait seul faire connaître la nature de la substance nuisible. Trois heures et demie après l'accident, les symptômes étaient : pâleur, faiblesse notable, malaise général ; pouls à 84 ; peau fraîche, sans sueur froide, mais petits frissons fréquents ; nausées ; saveur métallique insupportable dans la bouche ; sensation de constriction tout le long de l'œsophage avec gêne de la déglutition ; douleur continuelle au creux de l'estomac, soulagée par la pression, mais augmentant dès qu'une substance quelconque est ingérée.

Dans ce cas, quatre heures après l'accident, il ne s'agissait plus de neutratiser une substance toxique *actuellement dans l'estomac*, mais de décomposer ce qui avait dû être *absorbé*, c'est-à-dire ce qui avait passé dans les secondes voies. Pour cela, M. Peter fit prendre l'eau de chaux, qui devait décomposer le sulfocyanure et faire passer le mercure à l'état d'oxyde insoluble et inoffensif. Il en donna une cuillerée à soupe toutes les dix minutes (le malade n'en voulut pas prendre plus souvent) avec addition d'une cuillerée d'eau glacée et de deux cuillerées d'eau de Seltz. Dès la troisième et surtout la cinquième cuillerée, le soulagement était notable, les nausées avaient cessé ; mais la douleur persistait. Un large cataplasme taudanisé très-chaud, ajouté au traitement, combattit avantageusement ce symptôme ; puis on profita d'un peu plus de docilité pour administrer 25 centigrammes de fer réduit, afin d'agir dans le même sens que la chaux, au cas où il resterait dans l'estomac un peu de sel mercuriel non modifié. Le lendemain, le mieux était tel que le malade alla dîner joyeusement au Café anglais. Mais au milieu du repas il fut pris d'un besoin, et, en le satisfaisant, il rendit un tænia. — Ce fait porte avec lui plus d'un enseignement, d'abord et avant tout, le danger de l'espèce de jouet en question, livré peut-être trop facilement au public, malgré

l'étiquette *poison* mise sur les boîtes; ensuite l'action tænicide, d'ailleurs connue, des composés mercuriels. (*Compte rendu*, in *Union méd.*, 14 septembre 1865.)

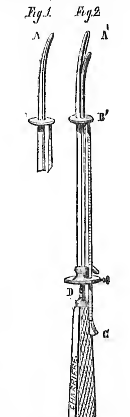
Nouvel hystéromètre. M. le docteur Avrard, de la Rochelle, envoie, pour être soumis à l'Académie, un nouvel hystéromètre, fabriqué, sur ses indications, par M. J. Charrière.

Cet instrument a pour avantage de donner, en même temps que la profondeur de la cavité cervico-utérine, celle de la cavité utérine seule. Il se compose d'une pince à deux branches glissant l'une dans l'autre, légèrement recourbée en forme de sonde utérine (A, fig. 1). L'instrument introduit, on peut immédiatement et sans le retirer (avantage très-précieux) prendre la mesure de la cavité utérine seule; la branche postérieure A', fixée au manche, étant maintenue immobile, on fait glisser la branche antérieure jusqu'à ce que l'on éprouve une résistance indiquant que l'on touche le fond de l'utérus. La branche antérieure vient presser par l'angle rentrant de sa courbure contre la partie antérieure de la partie interne, de telle sorte que le chiffre indiqué tout d'abord par la tige graduée du curseur B et B' comme profondeur de la cavité cervico-utérine, se décompose ainsi : longueur du canal cervical, et profondeur de la cavité utérine proprement dite.

Celle-ci est indiquée par une échelle placée sur le côté gauche et en arrière de la branche antérieure.

Les chiffres sont disposés de telle façon que le plus rapproché de la rondelle D pendant l'écartement des branches donne la profondeur de la cavité utérine seule sans déplacer l'instrument.

L'hystéromètre peut servir à dilater, à redresser, à écraser et aussi à



faire l'abrasion de l'utérus en séparant les branches. (*Acad. de méd.*)

VARIÉTÉS.

Congrès médical de Bordeaux. Le Congrès médical de Bordeaux s'ouvrira le 2 octobre prochain, à une heure après midi, dans une des salles du Palais de justice. La Commission d'organisation a décidé qu'il y aurait une ou deux séances par jour, suivant le nombre et l'importance des travaux : la première, à une heure de l'après-midi ; la seconde, à sept heures et demie du soir. A l'ouverture de la première séance, le Congrès nommera, au scrutin secret, le bureau, composé d'un président, de deux ou quatre vice-présidents, d'un secrétaire général et de quatre secrétaires adjoints. A la somme de 2,000 francs généreusement accordée par le conseil municipal, le conseil général de la Gironde, sur la proposition de M. le préfet, vient d'ajouter une nouvelle somme

de 1,000 francs. Ces dispositions bienveillantes de nos grandes administrations ont vivement touché le corps médical de Bordeaux. Ces allocations permettront à la Commission d'organisation de faire publier en totalité, et immédiatement après le Congrès, tous les travaux qui y auront été lus ou communiqués. Ce nouveau livre sera le troisième volume de la collection des Congrès médicaux de France (Rouen, Lyon, Bordeaux).

La Commission est déjà assurée de la présence au Congrès de quatre-vingts médecins étrangers, dont un grand nombre appartiennent aux Facultés, aux Écoles de médecine, aux Sociétés savantes, à la presse médicale. Ce nombre s'accroît chaque jour. Douze Sociétés de médecine, dont quatre de Paris, envoient des représentants. Plusieurs travaux sont annoncés; les questions du programme seront toutes traitées, quelques-unes par plusieurs membres. Sur la sixième du programme, il n'y a pas encore eu de réponse (*Des parasites de l'homme, tant internes qu'externes, et des moyens qu'il convient d'employer pour les détruire*).

La Commission d'organisation a décidé que les questions seraient traitées dans l'ordre indiqué dans le programme : 2 octobre, du rhumatisme; 3 octobre, de l'expectation dans les maladies aiguës; 4 octobre, des formes malignes du furoncle et de l'anthrax; 5 octobre, de la mort subite à la suite des traumatismes et dans l'état puerpéral; 6 octobre, de la suppression des tours au double point de vue de la morale et de la société; 7 octobre, les parasites de l'homme, tant internes qu'externes. L'ordre du jour pour les autres travaux sera établi après le 15 septembre, lorsque la Commission aura pu les classer après en avoir pris connaissance.

La Compagnie des chemins de fer du Midi, sympathique au Congrès médical de Bordeaux, prépare pour cette occasion une splendide fête à Arcachon. (Extrait de l'*Union médicale de la Gironde*.)

Nominations. M. Bach, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie externe à la Faculté de médecine de Strasbourg (chaire nouvelle).

M. Wieger, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie interne (chaire nouvelle) à la même Faculté.

M. Jeanjean, docteur ès sciences physiques, pharmacien de première classe, est nommé professeur adjoint de la chaire de chimie organique et de toxicologie près l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

M. Potain, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Paris, est chargé de suppléer M. le professeur Andral pendant le premier semestre de l'année scolaire 1865-1866.

Le concours pour les places de prosecteur et d'aide d'anatomie, près la Faculté de médecine de Paris, vient de se terminer par la nomination: à la place de prosecteur, de M. Duplay; à la place d'aide d'anatomie, de M. Lanelongue.

Le 26 février prochain il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour deux places de médecin de cet hôpital.

La statue de Jenner vient d'être inaugurée à Boulogne-sur-Mer. Les docteurs Livois, maire de la ville, et Gros ont prononcé l'éloge du propagateur de la vaccination.

La mission médicale composée de quatre médecins français qui avait été envoyée à Alexandrie, s'est divisée depuis la cessation du fléau dans la Basse-Égypte. Deux de ces honorables confrères, MM. Duvivier et Revilloud, sont revenus en France; ce dernier, après avoir subi les atteintes d'une dysenterie grave. MM. Horteloup et Davenne ont accepté d'aller porter leurs soins aux cholériques de Beyrouth et de Damas, où ils se trouvent en ce moment.

M. le professeur Gaspardo Cerioli, médecin distingué, auteur d'importants travaux de matière médicale, notamment sur la nicotine, qu'il découvrit en 1809, vient de mourir à Crémone, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Sur l'épidémie de choléra.

Le choléra est actuellement la préoccupation de Paris.

Apportée en Egypte par la caravane des pèlerins de la Mecque, cette maladie s'est propagée rapidement le long du littoral de la Méditerranée. L'Italie, Constantinople, la Syrie, l'Espagne ont été successivement éprouvées. Marseille, qui a de nombreuses relations avec le Levant, a été la première ville de France envahie, puis le choléra a gagné Toulon, et un grand nombre de localités voisines. Dans le midi de la France, à Toulon surtout, l'épidémie, aujourd'hui en voie de décroissance, a été des plus meurtrières, si bien que dans cette dernière ville, sur une population très-restreinte par l'émigration, on a compté jusqu'à soixante-dix décès par jour.

Jusqu'à ces derniers temps, l'on pouvait espérer que le fléau, confiné au bassin méditerranéen, ne s'étendrait pas au nord, mais il n'est plus possible de se faire illusion. Sans transition aucune, par une de ces allures de marche si communes aux épidémies, et qui seront de longtemps encore inexpliquées, le choléra s'est déclaré à Paris, principalement dans les quartiers de Montmartre et de Batignolles (17e et 18e arrondissements), c'est-à-dire la partie nord-est. Les premiers cas ont été observés le 22 septembre; les jours suivants un certain nombre de cholériques furent apportés aux hôpitaux Beaujon et Lariboisière, et, depuis, quelques personnes ont été atteintes dans les divers quartiers de Paris. Bien que nous n'ayons pas eu connaissance des chiffres officiels, nous ne croyons pas faire d'exagération en disant que le chiffre d'entrée des cholériques dans les hôpitaux a été de cinquante à soixante en certains jours.

Que va devenir cette épidémie naissante? Quelle sera sa durée? Quelle sera sa gravité? Nul ne le sait. Cependant, si l'on regarde attentivement ce qui s'est passé en Egypte et ailleurs, on verra que la durée du choléra a été très-courte relativement aux épidémies précédentes, et l'on peut espérer que nous ne serons pas longtemps sous cette imminence morbide.

Fidèle à la mission qu'il s'est imposée et à la pratique qu'il a suivie en 1832, 1849 et 1854, le *Bulletin de Thérapeutique* s'efforcera de tenir ses lecteurs au courant de la situation et de porter promptement à leur connaissance les nouveaux moyens thérapeutiques

qui auront été jugés efficaces dans le traitement de cette redoutable affection. Pour le moment, nous nous bornerons à tracer en quelques lignes la physionomie de l'épidémie et à indiquer le traitement qui nous paraît le plus rationnel, tel que nous l'avons trouvé institué dans les services des médecins des hôpitaux de Paris.

Les malades que nous avons vus dans les hôpitaux étaient presque tous très-gravement atteints lors de leur entrée, ce qui s'explique par l'incurie des gens de la classe ouvrière, qui continuent leurs travaux malgré les malaises du début, et ne viennent réclamer les soins du médecin qu'à la dernière extrémité; aussi la mortalité a-t-elle été très-grande, environ 50 pour 100. Mais on n'a encore observé que très-exceptionnellement ces cas de choléra foudroyant qui emportent les malades en douze, huit, et même six heures, cas malheureusement trop fréquents dans les épidémies antérieures. Quant aux symptômes, ils sont exactement les mêmes, aucune différence. Après quelques malaises qui portent principalement sur le tube digestif, troubles de la digestion, diarrhée, les malades sont pris de vomissements muqueux, puis blanchâtres, les selles deviennent blanches, riziformes, alors surviennent des crampes très-douloureuses, surtout dans les membres inférieurs; la sécrétion urinaire est supprimée, les extrémités se refroidissent, notamment les pieds, les mains, le nez, les oreilles; le visage devient pâle, livide; les yeux sont excavés, entourés d'un cercle noirâtre (facies cholérique), la peau sèche devient cyanosée, rouge livide, bleuâtre; le pouls radial diminue, devient petit, filiforme, puis imperceptible, et si ces symptômes persistent, les malades meurent comme asphyxiés, dans un état de prostration extrême. Dans les cas que nous avons observés, la mort est presque toujours survenue de cette façon. Le danger n'existe pas à la période de réaction, comme cela s'est vu souvent, il semble que les malades n'aient pas la force de réagir; on parvient bien à les ranimer, à les réchauffer, mais la réaction n'est pas franche, elle ne se fait qu'incomplétement; au bout de plusieurs heures, la diarrhée, les vomissements réapparaissent par intervalles éloignés, et le malade succombe épuisé (forme typhoïde).

Maintenant quel est le meilleur traitement du choléra? Bien que nous ayons l'expérience de trois épidémies, bien que de nombreux mémoires, des traités même aient été publiés sur ce sujet, il nous est impossible de répondre à cette question. Nous ignorons complétement la nature, l'essence de cette maladie; aussi les médecins les plus habiles, les plus expérimentés se bornent-ils à faire la mé-

decine des symptômes, à combattre sans aucune arrière-pensée chaque indication qui se présente, et c'est là, nous le croyons, la règle de conduite la plus sage.

Au point de vue thérapeutique, comme au point de vue clinique, la marche du choléra comprend trois périodes :

La première est la période prodromique, caractérisée par des troubles du tube digestif, et surtout par la diarrhée, qu'on a appelée pour cette raison *prémonitoire*. Bien que ces prodromes ne se rencontrent pas constamment, et que, dans certain nombre de cas, le choléra débute d'emblée, la diarrhée précède de quelques jours (de un à quatre) l'explosion des symptômes cholériques proprement dits. La diarrhée prémonitoire a été signalée par tous les observateurs depuis 1832, non-seulement en France, mais dans les pays étrangers, notamment en Angleterre, et c'est ce qui avait fait instituer dans ce pays un système de surveillance et de visites domiciliaires dans les localités atteintes, de manière à découvrir chez les malades les premiers symptômes avant même qu'ils en soupçonnassent l'existence, et ce système a produit de très-bons résultats. Tout récemment encore, à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, M. J. Guérin est venu insister sur ce qu'il appelle la période prémonitoire du choléra. Sans partager toutes les opinions que renferme la note de notre honorable confrère, nous croyons qu'il ne faut pas négliger cette donnée au point de vue prophylactique, et nous serions tenté de dire : Le meilleur traitement du choléra, c'est le traitement préventif. Combien de ces malheureux qui sont apportés à l'hôpital dans un état désespéré, au-dessus des ressources de l'art, vivraient encore s'ils s'étaient soignés à temps. Bon nombre de malades que nous avons interrogés dans les hôpitaux, nous ont dit avoir eu de la diarrhée deux à trois jours avant de cesser leur travail.

Il est incontestable qu'un grand nombre de diarrhées (dites *cholérines*) existent actuellement à Paris, et que, dans les épidémies antérieures, leur existence a toujours coïncidé avec le développement du choléra. Dans les classes aisées, le médecin est appelé dès le début et réussit presque toujours à conjurer les accidents; aussi la mortalité a-t-elle toujours été relativement très-minime dans cette partie de la population. Le médecin devra donc surveiller attentivement le moindre dérangement des fonctions digestives, surtout le flux diarrhéique, et il en viendra facilement à bout. Un bon régime, le repos, une alimentation modérée, l'emploi des opiacés et des astringents suffisent ordinairement. Rappelons cependant en pas-

sant une remarque faite par M. Briquet [1], et dont nous avons constaté tout récemment la justesse : les opiacés, administrés dès le début, suffisent en général pour arrêter la diarrhée; mais si, au bout de deux jours, les selles blanchâtres persistent, il faut cesser leur emploi et avoir recours immédiatement à l'ipéca.

C'est donc aux moyens prophylactiques que nous accordons la première place dans le traitement du choléra. C'est à les bien connaître d'abord, puis à les faire connaître et à les mettre en pratique, que le médecin doit s'appliquer.

Mais le choléra est franchement déclaré; le malade est en proie à des vomissements fréquents, à des selles nombreuses et à des crampes intolérables, il est refroidi. Que faut-il faire? Il n'y a qu'une simple indication à remplir : traiter chacun des symptômes; les vomissements seront combattus par des boissons gazeuses et glacées, telles que l'eau de Seltz, potion de Rivière. La glace pilée est encore la meilleure boisson. Certains malades peuvent supporter du thé au rhum froid, du punch glacé. Une fois les vomissements disparus ou diminués, on prescrira à l'intérieur des toniques et des stimulants : thé, rhum, punch, etc. Les médicaments dits *stimulants diffusibles*, tels que l'éther et l'acétate d'ammoniaque, seront aussi employés de préférence. A l'hôpital de Lariboisière, l'élixir de la Grande-Chartreuse a paru agir avec efficacité pour ranimer les malades. Puis on s'attachera surtout à réchauffer les malades par des révulsifs de toute sorte : frictions, sinapismes, bains de vapeur et d'air chaud, marteau de Mayor. Les frictions avec de la glace ont été surtout préconisées par M. Briquet [2].

Les vomissements et l'algidité, tels sont les phénomènes les plus difficiles à vaincre. Dans plusieurs services, l'ipécacuanha est donné avec succès, en vertu de cet adage : *Vomitus vomitu curatur*. Il paraît indiqué surtout quand il existe un état saburral très-prononcé. Une fois que les vomissements provoqués ont cessé, les vomissements spontanés qui se produisaient auparavant disparaissent. Les préparations d'opium sont très-peu usitées; il nous a même paru qu'on avait une crainte exagérée de ce médicament, probablement en vue de cette idée théorique nullement démontrée que l'opium congestionne l'encéphale, d'où un danger profond pour les malades dans la période de réaction. Cependant, dans quelques cas de vomissements opiniâtres, nous avons vu prescrire à la région

---

(1) *Traité du choléra*, par MM. Briquet et Mignot.
(2) *Loc. cit.*

épigastrique un vésicatoire ammoniacal à panser avec quelques centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Dans la dernière période, dite *de réaction*, on sait qu'il y a peu de chose à faire. Le rôle du médecin doit se borner à surveiller le malade, à l'alimenter et à combattre les accidents qui peuvent survenir.

D'après ce court et très-incomplet exposé, on peut voir qu'il n'y a rien de nouveau dans le traitement de l'épidémie actuelle, et qu'une réserve sage et prudente a été la règle de conduite de tous les médecins auxquels ont été confiés les services des cholériques dans les hôpitaux de Paris. Ce n'est pas dans une maladie aussi prompte et aussi terrible que celle-ci que nous recommanderons d'expérimenter les divers remèdes qui pleuvent de tous côtés; mais il nous semble que l'on pourrait appliquer au traitement du choléra une méthode qui a déjà fourni de beaux succès : c'est celle des injections hypodermiques. Il est prouvé que les médicaments administrés par la bouche, pendant la période algide, ne sont pas absorbés, ce qui limite beaucoup le rôle du médecin; mais il reste le tissu cellulaire. Ne pourrait-on pas essayer des injections hypodermiques de sels de morphine, de quinine, de strychnine même, comme cela a été tenté par la voie ordinaire. Au lieu de vésicatoires morphinés sur la région épigastrique, pourquoi ne pas injecter dans le tissu cellulaire de cette région quelques milligrammes de sel de morphine? moyen beaucoup plus simple, plus expéditif, et qui permet de graduer presque mathématiquement la dose du médicament absorbé. En agissant avec prudence, en commençant par de petites doses, qu'on peut répéter aussi souvent que l'on voudra, on observera très-facilement les effets produits et l'on pourra de la sorte se faire une idée de la valeur des opiacés dans le traitement du choléra.

Que nos lecteurs ne s'attendent pas à trouver une énumération complète de tous les remèdes plus ou moins bizarres qui ont été et seront publiés; nous nous bornerons à mentionner ceux qui nous paraîtront avoir une certaine valeur.

F. Bricheteau.

Du curare au point de vue thérapeutique.

Par M. le docteur Jousset (de Bellesme).

Au fur et à mesure que les propriétés physiologiques des substances actives sont déterminées plus nettement, leur usage devient plus étendu et l'empirisme qui présidait à leur emploi disparaît. Le curare offre l'exemple d'un médicament entrant dans le domaine de la thérapeutique par la voie rationnelle et non plus empirique; la première tentative de son administration sur l'homme date de quelques années à peine et elle est la conséquence naturelle des travaux de M. Claude Bernard.

En étudiant le curare, l'éminent professeur du Collége de France a voulu montrer comment, une substance étant donnée, on peut, au moyen des ressources actuelles de la science, pénétrer jusque dans ses propriétés les plus obscures. Cette étude n'a donc pas seulement l'intérêt d'une recherche particulière, c'est bien plutôt un essai de méthode scientifique dans laquelle l'auteur, inspiré des principes de Descartes et de Bacon, pose les fondements sur lesquels doit s'établir toute recherche physiologique; et pour ceux qui ont pu assister aux différentes phases de ces remarquables travaux, il n'est pas douteux qu'une impulsion si heureuse donnée à la médecine expérimentale ne soit le point de départ d'une ère scientifique toute nouvelle.

Toutes ces recherches sur l'action physiologique du curare ont été exposées très-complétement par M. Cl. Bernard, dans un ouvrage intitulé : *Leçons sur les substances toxiques*, etc..., auquel nous renvoyons le lecteur, puisque nous ne devons envisager ici que l'application de cet agent à la thérapeutique. Cependant, comme l'usage de ce médicament repose sur ses propriétés physiologiques, il est bon, je crois, de les esquisser brièvement.

Nous étudierons donc ce qu'est le curare, quelles sont ses propriétés et son action sur l'organisme. A l'aide de ces notions préliminaires, nous pourrons juger de son efficacité et voir à quel ordre d'affections il convient de l'appliquer. Enfin dans une seconde partie, après avoir examiné et comparé les faits observés, nous en tirerons des conclusions pratiques sur l'opportunité de son application et son mode d'administration.

On a donné le nom de *curare* (wourari, worara, etc.) à une substance dont les Indiens de l'Amérique du Sud, et principalement du Brésil, des bords de l'Orénoque et des Amazones, se servent pour enduire leurs flèches et en rendre les blessures mortelles. Ces

flèches servent à la guerre et surtout à la chasse. Watterton rapporte qu'un sanglier, atteint au museau d'une flèche empoisonnée par le curare, fut trouvé mort à cent soixante-dix pas du lieu où il avait été frappé.

Il règne encore une grande incertitude sur l'origine véritable du curare, et les récits des voyageurs ne s'accordent pas sur ce point. Les uns font entrer dans sa composition des substances animales, du venin de serpents, de crapauds, des scorpions, des fourmis, etc. ; les autres, et c'est l'opinion la plus probable, assurent que son origine est exclusivement végétale, et que les Indiens l'obtiennent en soumettant à la décoction certaines lianes de leurs forêts qui paraissent appartenir à la famille des strychnées (probablement le strychnos toxifera et le paullinia cururu). La cause de ces incertitudes est que la fabrication du curare n'est point connue de tous les membres de la tribu. C'est un secret dont les prêtres seuls on la recette, et dont ils font un objet de trafic.

Toujours est-il que le curare est une substance peu commune qui ne se trouve point dans le commerce. On ne peut se le procurer que par l'intermédiaire des voyageurs qui pénètrent dans ces peuplades, et en obtiennent de petites quantités au moyen d'échanges, principalement avec de l'eau-de-vie et du rhum, dont les Indiens sont avides.

Le curare nous arrive renfermé dans des calebasses ou dans de petits pots de terre. Il se présente sous la forme d'un extrait noir, solide, d'un aspect résineux, extrêmement semblable à du réglisse noir; réduit en poudre, il est d'un brun tirant sur le jaune. Sa saveur est très-amère, mais cette amertume n'a rien d'âcre ni de piquant. Il se ramollit dans l'eau et se dissout au bout de quelques instants ; mais la dissolution ainsi obtenue est toujours trouble, à cause des matières étrangères, des débris de végétaux qu'il contient, et il est bon de la filtrer avant de l'employer. Cette solution aqueuse a une couleur rouge foncée et une grande amertume. L'alcool, surtout quand il contient un peu d'eau, dissout également bien le curare. L'éther ne le dissout pas.

Le chlore, l'iode et le brome le décomposent.

Le curare contient un principe actif, la curarine, qui vient d'être découverte à l'état cristallisé par M. le docteur Preyer, une substance grasse, de la gomme, une matière colorante rouge, de la résine et une substance végéto-animale.

La composition chimique de la curarine est $C^{10}H^{15}Az$; elle se rapproche assez de la nicotine.

Le curare agit sur l'économie animale à la façon des venins, c'est-à-dire qu'il ne produit ses effets qu'autant qu'il est directement introduit dans le sang, tandis qu'il peut être impunément avalé, propriété singulière qui frappa tout d'abord les expérimentateurs. Il fut importé, pour la première fois, lors de la découverte de la Guyane, par Walter Raleigh, qui rapporta des flèches empoisonnées. Vers la fin du dix-huitième siècle, Fontana l'étudia sous le nom de *ticuna*, et lui découvrit de l'analogie avec les venins de vipère, de salamandre, etc.; mais ce n'est que depuis les recherches savantes de M. Claude Bernard que l'action de ce poison sur l'économie animale est parfaitement connue: le curare possède la propriété d'abolir les fonctions du système nerveux moteur, et de mettre ainsi tous les muscles dans le relâchement.

Examinons maintenant l'action du curare sur l'économie.

Si on injecte sous la peau d'un chien une dose de curare suffisante pour lui donner la mort, au bout de peu de temps, cinq minutes environ, l'animal commence à éprouver quelques symptômes qui se traduisent par un changement d'allures : bientôt son train de derrière s'affaisse, comme si ses pattes postérieures refusaient de le soutenir. Il se tient pendant quelques secondes dans cette posture, puis la voix lui manque, les pattes antérieures fléchissent, et il tombe étendu sur le flanc. A ce moment le thorax se meut encore et la respiration s'effectue assez bien ; mais peu à peu les côtes ne se soulèvent plus que péniblement et à de longs intervalles. La paupière perd sa mobilité; enfin le diaphragme exécute seul quelques mouvements respiratoires; puis ces mouvements diminuent, l'animal paraît insensible aux excitations extérieures, et la respiration s'arrête. Si la dose est plus faible, l'animal tombe seulement dans un relâchement complet pendant lequel la respiration s'effectue assez bien et qui dure une heure ou deux; puis il revient à son état normal.

Revenons au premier cas. L'animal est étendu sans mouvement; il ne respire plus et a toutes les apparences de la mort. Si à ce moment on fait son autopsie, on constate que le cœur bat encore, et si l'on excite au moyen de l'électricité un de ses nerfs, on constate qu'il a perdu la propriété de faire contracter les muscles auxquels il se rend.

Si, au moment où l'animal est en état de mort apparente, on adapte à sa trachée un tube laryngien et qu'on exécute des mouvements respiratoires au moyen d'un soufflet, au bout d'une heure ou deux de cette respiration artificielle, l'animal ayant eu le temps

d'éliminer son poison par les sécrétions, commence à exécuter quelques mouvements et revient à la vie.

D'un autre côté, si on a injecté le poison dans une patte, et qu'au moment où les premiers phénomènes physiologiques apparaissent, on lie le membre où a été injecté le curare, les accidents s'arrêtent au bout de quelque temps et la mort n'a pas lieu.

Comme la paralysie produite par le curare n'atteint pas d'un seul coup tous les nerfs, mais ne s'empare d'eux que successivement, le diaphragme s'éteignant le dernier, il est possible, en procédant graduellement, d'arriver à une dose telle, que, tous les autres muscles étant dans le relâchement, le diaphragme fonctionne seul et entretienne la respiration, et par conséquent la vie. C'est cette dose qu'on nomme *dose limite*, et c'est elle qu'il faut rechercher avec soin. Dans ce cas, au bout de trente, quarante-cinq minutes, une heure, l'animal reprend le mouvement, ayant éliminé son poison. Si le curare s'élimine aussi vite, cela tient probablement à ce que, portant son action sur le grand sympathique, toutes les sécrétions sont exagérées.

En résumé :

Le curare abolit les fonctions du système nerveux moteur.

Il ne tue que parce qu'il empêche la respiration, en paralysant les muscles respirateurs.

L'empoisonnement des nerfs est successif; les nerfs les plus volontaires (ceux des membres) sont impressionnés les premiers.

L'absorption du curare est rapide, mais aussi son élimination se fait vite. (L'effet du curare se prolonge rarement au delà de deux heures.)

On peut graduer la dose de façon à ne pas dépasser certains phénomènes.

La ligature, *au moment des premiers accidents*, arrête les effets ultérieurs de l'empoisonnement.

La respiration artificielle peut ramener à la vie.

Voilà donc un médicament dont l'action parfaitement nette porte sur l'élément nerveux moteur.

Or, il existe en médecine un groupe d'affections bien tranchées dont la caractéristique est une exagération des fonctions du système nerveux moteur : ce sont les affections convulsives. Ces affections ne sont pas toujours simples; elles peuvent coïncider avec d'autres affections des centres nerveux ou même en dépendre.

Il est encore difficile d'établir avec précision la part qui revient dans ces névroses convulsives aux centres nerveux ou aux systèmes

moteur et sensitif. Toutefois il est permis de croire que quelques-unes de ces affections, le tétanos par exemple, sont exclusivement sous la dépendance du système nerveux moteur. Cela semble vrai, surtout pour le tétanos traumatique, dont le point de départ est local. D'autres névroses convulsives au contraire, l'épilepsie, l'hystérie, etc., paraissent être des affections des centres nerveux avec retentissement sur les appareils moteur et sensitif. N'y a-t-il pas enfin une part à faire dans ce groupe nosologique à la fibre musculaire, et certaines contractures telles que les rétractions musculaires qu'on observe chez les vieillards, ne sont-elles pas des affections de cet élément?

Toujours est-il que le curare combattra avec un avantage vraiment spécifique ce qui, dans toutes ces affections, est sous la dépendance du système nerveux moteur.

Or, remarquons que les maladies dont il est question ne tuent point habituellement par elles-mêmes, et ne deviennent fatales que par leurs complications ou par les troubles fonctionnels qu'elles entraînent. L'action du curare dans ces cas, et spécialement dans le tétanos, n'est donc point incompréhensible. Il n'a pas la prétention, comme on l'a dit plaisamment, d'éliminer le tétanos; il empêche seulement les troubles fonctionnels qui en résultent et permet ainsi à la maladie de parcourir ses différentes phases sans porter atteinte à la vie du malade.

Pour toutes ces raisons, le tétanos est la maladie qui a été spécialement et tout d'abord attaquée par le curare, puis on a étendu son emploi à l'épilepsie, l'hydrophobie, le tic convulsif, les contractures musculaires. Mais ces tentatives sont peu nombreuses et on n'en peut parler qu'avec réserve. Il n'est point rationnel cependant d'admettre qu'outre son action sur le système moteur, le curare possède aussi une action encore ignorée sur les centres nerveux et qu'à ce titre il ne puisse devenir un médicament précieux pour ces affections. *(La suite prochainement.)*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Six opérations de fistule vésico-vaginale par la méthode américaine, toutes suivies d'une guérison immédiate.

Par M. le professeur COURTY (de Montpellier).

L'opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine, importée en France depuis peu d'années, a été adoptée en principe par nos chirurgiens. Est-ce à dire qu'elle ait tenu toutes

ses promesses et qu'elle ait réussi toutes les fois qu'elle a été pratiquée? Des observations fort intéressantes ont été publiées; mais on peut affirmer, sans crainte d'être démenti, que le succès n'a pas été constant (¹). Je sais notamment que, dans les lieux où je pratique la chirurgie, et dans plusieurs autres villes du midi de la France, aucune guérison n'a encore été obtenue par ce moyen. Du reste, pour juger une méthode opératoire, il ne suffit pas de publier les réussites, il est aussi important de faire connaître les revers. Il faut surtout produire, selon la judicieuse remarque de M. Malgaigne, des séries d'observations qui permettent d'apprécier à la fois la proportion et la cause probable des succès, en même temps que les circonstances défavorables auxquelles on peut attribuer les revers.

J'entreprends aujourd'hui la publication de mes opérations, dans un double but : premièrement, parce que le nombre des observations est déjà suffisant pour constituer une série; secondement, parce que, tout en pratiquant la méthode américaine, j'ai cherché à la simplifier, à la réduire à ses éléments nécessaires, de manière à la rendre applicable à un plus grand nombre de malades.

J'ai pratiqué actuellement douze opérations, quelques-unes dans les circonstances les plus difficiles. J'ai dû employer des procédés ou des instruments particuliers pour pouvoir placer les points de suture. J'ai constamment réussi, et même, la plupart du temps, dès la première tentative. Les cas qui ont nécessité une seconde opération sont ceux qui, par les dimensions de la fistule ou par des difficultés spéciales, s'éloignaient de la ligne commune. Dans un seul cas, chez la fille Magd. D***, opérée le 2 avril 1864, en présence de MM. les docteurs Coulon, Rancurel, Abbal, Cruveilher, etc., je n'ai pas eu de succès. Mais je ne puis faire rentrer ce cas dans la série de mes observations, car cette malade étant atteinte d'une

(¹) On n'est pas peu surpris de lire, comme résultat final, à la suite de certaines observations : *Amélioration, la malade perd ses urines seulement dans certaines positions ou dans certains mouvements, il ne reste qu'un pertuis*, etc. N'est-il pas évident que, dans ce cas particulier, le résultat incomplet de l'opération, quelque satisfaisant qu'il paraisse au chirurgien, est un résultat nul pour la malade? et qu'il n'y a de succès que par la guérison complète, absolue? Cette guérison doit toujours être constatée de la manière la plus formelle, en distendant la vessie à l'aide d'une injection colorée (de l'eau blanchie avec du lait, par exemple), et en s'assurant qu'il n'en sort pas une goutte par un point quelconque de la réunion. Je n'ai jamais laissé partir une de mes malades sans constater sa guérison de cette manière.

vraie folie hystérique et entourée d'une famille qui ne se prêtait pas à mes soins, une fois la suture placée pendant le sommeil anesthésique, je n'ai pas pu laisser une sonde à demeure, ni sonder la malade, ni l'examiner, ni faire des lotions vaginales; en un mot, aucune espèce de pansement n'a pu être appliqué. Les fils de la suture ont déterminé eux-mêmes, en s'ulcérant, une fistule latérale, à la place de la fistule médiane qui a été guérie. Mais quel chirurgien peut prendre la responsabilité d'un revers que des soins ordinaires ou un complément d'opération eussent aisément transformé en succès ?

Je commence par publier six observations, relativement plus simples que les autres. En publiant plus tard les suivantes, j'aurai l'occasion de décrire quelques procédés qui me sont particuliers, et une aiguille tubulée de mon invention pour faciliter le passage des fils dans certains cas. Aujourd'hui, j'appelle seulement l'attention sur les remarques suivantes, qui se déduiront naturellement de la lecture des observations.

J'opère les fistules vésico-vaginales par le procédé de Sims, le plus simple des procédés de la méthode américaine, sauf quelques simplifications dont l'expérience m'a démontré l'utilité.

La malade est couchée sur le dos et peut être chloroformisée.

L'avivement est fait largement; le plus souvent sans conserver les lambeaux autoplastiques de M. Duboué; à l'aide des couteaux droits, des couteaux coudés, ou des ciseaux droits, coudés ou courbes, la muqueuse étant soulevée à l'aide d'une érigne ou d'une pince à dents de souris.

Je donne la préférence à la suture métallique, avec des fils de fer forts pour les points profonds, fins pour les points superficiels. Les points de suture sont placés à l'aide de l'aiguille tubulée de Startin ou de la petite aiguille de Sims, à laquelle on attache le fil métallique directement ou par l'intermédiaire d'un fil de soie. Les fils sont serrés avec l'ajusteur de la suture et simplement tordus sur eux-mêmes, ce qui est beaucoup plus facile et plus sûr que les crampons, la plaque de la suture en bouton, les arcs, les chevilles ou les fanons métalliques, les grains de plomb perforés de la suture moniliforme, les boutons de nacre ou d'ivoire à double trou, etc. Tous ces moyens, de même que tous les pansements qu'on peut mettre dans le vagin, ne font que nuire à l'affrontement et à l'adhésion, en tendant la paroi vaginale et en empêchant la muqueuse de reprendre, en se plissant naturellement, sa disposition normale. Je n'emploie donc aucun pansement permanent et je coupe les fils près

de la ligne de réunion; seulement je les multiplie, je les place profondément, sans perforer la vessie, j'en ajoute de superficiels, de manière à être sûr que l'affrontement est complet et parfait. Je fais, deux fois par jour au moins, des lotions vaginales profondes, à l'aide d'une canule portée au fond du vagin et d'un hydroclise, avec de l'eau tiède ou froide et du coaltar saponiné de Lebœuf, afin d'empêcher toute leucorrhée, toute suppuration de se produire, de gagner la ligne de réunion, d'en ulcérer les bords et d'empêcher l'adhésion.

Dans les cas ordinaires, et surtout lorsque la malade est très-irritable, disposée au ténesme vésical et aux dépôts muqueux ou calcaires dans les urines, je ne laisse aucune sonde à demeure, me contentant de sonder la malade toutes les trois ou quatre heures, pour empêcher les contractions de la vessie de tirailler les lèvres de la plaie; encore plus d'une malade a-t-elle uriné toute seule sans inconvénient.

J'ôte les fils du cinquième au dixième jour, suivant que la fistule est moins ou plus étendue, que les lèvres en sont relâchées ou tiraillées, que les tissus ont peu ou beaucoup de tendance à l'adhésion ; quelquefois je les enlève tous le même jour, d'autres fois successivement, à un ou plusieurs jours d'intervalle les uns des autres.

La suture faite de cette façon peut être assez solide pour résister, comme je l'ai vu, aux plus grands efforts de vomissement; et l'adhésion des bords de la fistule se fait d'assez bonne heure et d'une manière assez complète pour ne pas être détruite par les accidents les plus sérieux, survenant immédiatement après qu'elle a eu lieu, même dans les parties les plus voisines, par exemple, comme on le verra dans une de mes observations ultérieures, par le développement d'une phlébite vagino-utérine et d'un abcès péri-utérin.

Ainsi, simplification la plus grande possible de la méthode américaine, lotions vaginales détersives deux fois par jour, suppression fréquente de la sonde à demeure, enlèvement des fils de bonne heure, du cinquième au dixième jour : tels sont les traits principaux de ma manière d'opérer, à laquelle je n'ai dû jusqu'ici que des succès.

Obs. I. *Fistule récente, de 3 centimètres, chez une jeune femme scrofuleuse. — Chloroformisation, quinze points de suture, pas de sonde à demeure. Les fils sont enlevés cinq jours après l'opération. Départ de la malade le vingt-cinquième jour. — Nouvelle grossesse. — Nouvel accouchement sans accidents. — Guérison —* Mme V***, âgée de vingt-quatre ans, m'est adressée pour être opérée d'une fistule vésico-vaginale récente qui était survenue quatorze

jours après un premier accouchement très-laborieux, à la fin du mois d'août de la même année. Bien que l'accouchement se fût terminé naturellement et avec la simple assistance d'une sage-femme, la tête était restée si longtemps dans l'excavation, que la matrice fatiguée ne put chasser le placenta et que des hémorrhagies graves nécessitèrent l'intervention des médecins.

La fistule, large de 3 centimètres, se voit à peu près à la partie moyenne de la distance qui sépare le méat urétral du col utérin. Elle est simple, sans tissu cicatriciel ; la paroi vaginale est souple et extensible. Les conditions locales sont donc bonnes. Il n'en est pas de même de l'état général : Mme V*** est débilitée par les hémorrhagies et par l'existence d'une affection scrofuleuse qui a été longtemps traitée par les bains de mer et par une médication altérante, et qui donne encore des marques de sa présence par le développement de plaies impétigineuses aux pieds et derrière les oreilles, de blépharite ciliaire, etc.

Après avoir modifié autant que possible par les toniques, les ferrugineux, les altérants, le régime, les lotions vineuses, à la fois l'état général et les parties génitales, je me décidai à opérer.

Le 24 janvier 1864, l'opération fut pratiquée, la malade étant anesthésiée et couchée sur le dos. L'avivement fut fait moitié avec les couteaux coudés, moitié avec les ciseaux.

Quinze points de suture furent appliqués à l'aide de l'aiguille de Startin et de l'aiguille de Sims : douze profonds, avec du fort fil de fer ; trois superficiels, avec du fil plus fin.

La durée totale de l'opération fut de deux heures vingt minutes. La malade avait résisté longtemps à l'anesthésie et avait été prise de vomissements presque incoërcibles.

La justesse de l'affrontement fut démontrée par l'écoulement de l'urine, qui se fit hors de la vessie, dès que j'y introduisis une sonde, après la terminaison de l'opération. A cause de l'irritabilité de la malade et de la facilité de ses tissus à s'ulcérer et à suppurer, je voulus éviter le contact de tout corps étranger, et je ne mis pas de sonde à demeure dans la vessie.

La menace du retour des vomissements me fit aussi laisser la malade à la diète absolue d'aliments et de médicaments, sauf la glace et l'eau de Seltz par petites quantités. Ces vomissements et les nausées persistèrent jusqu'au 26 janvier. Un lavement laudanisé détermina une évacuation abondante de matières fécales dans la soirée du 26, quoique la malade eût été convenablement purgée la veille de l'opération. Ces deux premiers jours, il y eut nécessairement assez de réaction et une fièvre bien marquée.

Le 26, au soir, il y avait déjà une légère leucorrhée avec gonflement de la vulve, notamment de la petite lèvre gauche. Je commençai l'usage tri-quotidien des lotions vaginales avec le coaltar étendu d'eau.

Depuis l'opération, la malade avait été sondée par mon élève, toutes les trois ou quatre heures : il était sorti chaque fois un demi-verre d'urine ; aucune goutte de ce liquide ne suintait par la fistule. A partir de ce moment, la mère de la malade, fort intelligente et

fort adroite, se chargea de pratiquer le cathétérisme dès que sa fille éprouvait la sensation du besoin d'uriner.

A partir du 27, je touchai de temps en temps, après la lotion au coaltar, les parties voisines de la plaie avec une légère solution de nitrate d'argent, pour en éloigner la disposition à suppurer.

Le 28. Quelques cuillerées de bouillon toutes les deux heures.

Le 29. Cinq jours après l'opération, les points de suture sont tous enlevés, la réunion est complète. Il y a toujours un léger gonflement du méat et de la petite lèvre gauche; on redouble de précautions pour sonder la malade, faire avec soin les lotions vaginales et même une solution vésicale, toucher les points de suture avec la solution de nitrate d'argent. J'augmente l'alimentation dans de grandes proportions : toutes les fonctions s'exécutent bien, la malade dort toute la nuit et n'est réveillée que par le besoin d'uriner.

Le 30. Garde-robe abondante, sans fâcheux effets.

Les soins précédents furent continués les jours suivants. Bien qu'ils ne fussent plus nécessaires dès les premiers jours de février, la malade ne voulut partir que le 20, après que la guérison eut été constatée par la distension de la vessie à l'aide d'une injection de lait.

Elle fut soumise à un traitement consécutif anti-scrofuleux, notamment par les bains de mer. Une nouvelle grossesse survint après huit mois, et un heureux accouchement est survenu le 14 juillet dernier, sans que la ligne de réunion ait cédé à la distension du vagin pendant le travail.

Assistaient à l'opération : MM. les docteurs Auquier (de Sommières), Grousset (d'Aubais), Métaxas (de Marseille), Jaumos fils, etc., et M[lle] Fontès, sage-femme, qui ont constaté la guérison, ainsi que les docteurs Lala (de Rodez) et V. Ollier (des Vans).

Obs. II. *Fistule datant de trois ans, chez une femme âgée et faible, large de deux centimètres, avec adhérences à l'arcade pubienne. — Chloroformisation, onze points de suture, sonde à demeure. Les fils sont enlevés du cinquième au dixième jour. Départ de la malade le dix-huitième jour. — Guérison.* — M[me] R***, âgée de quarante-cinq ans, mais paraissant en avoir près de soixante, est atteinte, depuis le mois de juin 1861, d'une fistule vésico-vaginale qui est survenue à la suite de son troisième et dernier accouchement, en même temps que des attaques d'éclampsie lui ont laissé une paralysie incomplète des membres inférieurs droits.

Etant allée déjà plusieurs fois à Balaruc, pour y traiter sa paralysie, elle ne consentit qu'à grand'peine, sur les sollicitations de son médecin, le docteur Delmas, à venir se faire opérer de sa fistule, dissuadée qu'elle en était par une femme dont une infirmité pareille avait été considérablement augmentée par les tentatives d'opération infructueuses d'un autre chirurgien.

Le 3 mai 1864, jour de son entrée à l'Hôpital-Général, je constatai que la fistule, large d'au moins deux centimètres, était assez rapprochée de l'urètre, et qu'elle intéressait la vessie à peu de distance de son col, ce qui était une condition favorable à l'opération.

Mais je remarquai en même temps que l'utérus, volumineux, à col très-gros, granuleux et saignant, avait de la tendance au prolapsus, ce qui gênait beaucoup pour l'exploration et pour l'opération, tout en pouvant favoriser l'affrontement et faciliter la réunion.

Je remarquai en même temps une dernière circonstance tout à fait défavorable à l'opération et à la guérison : l'adhérence à l'arcade pubienne des lèvres de la fistule sur les parties latérales.

J'employai quelques jours à réconforter la malade par un régime analeptique ; à dissiper l'eczéma dû au contact de l'urine sur les parties génitales et les cuisses, par un badigeonnage fréquent avec un mélange d'huile et de vin ; et à combattre sa toux opiniâtre par l'usage du lait, d'un looch avec 2 centigrammes d'hydrochlorate de morphine, et d'un emplâtre de poix de Bourgogne sur la poitrine.

Le 7, l'opération fut pratiquée, la malade ayant été purgée l'avant-veille, étant couchée sur le dos et chloroformisée. L'avivement et la suture furent rendus très-difficiles par les adhérences du vagin, à droite et à gauche, à l'arcade pubienne, formant de chaque côté une sorte de gouttière en communication directe avec la fistule, et par laquelle l'urine devait s'écouler aisément, si l'affrontement n'était pas fait avec autant de perfection dans ce point qu'au niveau de la fistule elle-même. Ces difficultés prolongèrent la durée de l'opération au delà de deux heures.

Onze points de suture furent appliqués, dont neuf forts et profonds, et deux complémentaires. L'opération terminée, une sonde introduite dans la vessie par l'urètre fit couler une notable qnantité d'urine, et prouva l'efficacité de l'affrontement. A cause de la paralysie du membre inférieur droit, de la débilité du gauche, et de la crainte que la vessie ou l'urètre ne participassent à cet affaiblissement, je crus devoir laisser la sonde sygmoïde à demeure, en mettant un vase entre les cuisses de la malade pour recueillir l'urine.

Prescriptions quotidiennes : 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium en dix pilules, eau de Seltz, lait coupé avec la décoction de quinquina, bouillon, vin. A partir du 10, lotions vaginales désinfectantes, deux ou trois fois par jour, avec le coaltar saponiné étendu d'eau.

A cause de la rapidité de son obstruction par des mucosités et des dépôts calcaires, la sonde dut être remplacée toutes les quatre heures.

Le 12, c'est-à-dire cinq jours après l'opération, j'ôte le fil du milieu. L'adhésion ne me paraissant pas suffisante, je laisse les autres fils en place et la sonde à demeure.

Le 14, deux fils sont enlevés.

Le 15, trois nouveaux fils sont enlevés.

Le 17, c'est-à-dire dix jours après l'opération, la réunion paraissant effectuée, malgré les secousses produites par l'opiniâtreté de la toux, j'ôte les cinq derniers fils, je laisse la sonde à demeure et j'augmente l'alimentation.

Les jours suivants, la malade est légèrement purgée. La toux

commence à disparaître : il en est de même de l'eczéma des parties génitales des cuisses.

Le 24, dix-huit jours après l'opération, la sonde est définitivement enlevée. La malade ne mouille pas sous elle ; elle urine toute seule.

Le 25, j'injecte dans la vessie environ un litre de lait, et, bouchant avec le doigt l'orifice de l'urètre, j'engage la malade à faire des efforts pour uriner. Aucune goutte de liquide ne s'échappe des points où la fistule existait. La guérison est complète.

Depuis plus d'un an, ayant eu l'occasion de revoir plusieurs fois la malade, j'ai reconnu la consolidation de la guérison.

Assistaient à l'opération : MM. les docteurs Combal, Pappadopoulos, Claparède, Jaumes fils, Coulon et Bucho, internes, Rancurel, etc., qui ont aussi constaté la guérison.

Obs. III. *Fistule datant de deux ans, large de 17 millimètres. — Chloroformisation, douze points de suture, pas de sonde à demeure. Les fils sont enlevés le sixième et le huitième jour. Départ de la malade le vingt-troisième jour. — Guérison.* — Mme T***, du département de Vaucluse, âgée de vingt-cinq ans, est malade depuis deux ans. A son premier accouchement, survenu à cette époque, elle resta trois jours sans secours ; lorsque le médecin arriva, il ne put extraire qu'un enfant mort, et combattre les accidents graves de métro-péritonite qui ne tardèrent pas à éclater. Une portion, heureusement assez étroite, de la cloison vésico-vaginale se gangréna et donna naissance, à partir du quinzième jour, à un écoulement continu d'urine.

La fistule est située sur la ligne médiane, à 2 centimètres environ du col. On y passe facilement deux sondes de femme à la fois. Elle a 15 à 18 millimètres d'étendue transversale. Elle est tendue d'un côté à l'autre par du tissu cicatriciel et par une bride qui se porte de son angle gauche sur la partie correspondante du col utérin.

Le 2 juin 1864, l'opération fut pratiqnée, la malade étant anesthésiée et couchée sur le dos. L'avivement fut fait partie avec les ciseaux, partie avec les couteaux droits, partie avec les couteaux coudés. Il fallut le prolonger assez loin à droite et à gauche, pour comprendre le tissu cicatriciel, ou du moins la place qu'il occupait dans l'avivement. Il fallut couper la bride cicatricielle qui unissait la fistule au col de la matrice ; heureusement, le tissu sous-jacent était parfaitement sain.

Les points de suture furent placés facilement à l'aide de l'aiguille de Startin. J'en appliquai douze, dont neuf profonds et trois superficiels : entre le quatrième et le cinquième, entre le sixième et le septième, entre le septième et le huitième. J'eus soin de faire très-longs ceux des points profonds qui étaient au niveau de la bride, de manière à les faire aller jusqu'au col : c'est dans ce lieu que furent ajoutés deux des points superficiels, pour parfaire l'affrontement de la muqueuse. Tous les points étaient en fil de fer. Les deux extrémités du fil, serrées à l'aide de l'ajusteur, furent simplement

tordues, à la manière de M. Marion Sims, comme dans toutes mes opérations.

La durée totale de l'opération fut d'une heure et trois quarts.

Je ne laissai pas de sonde à demeure. Je fis sonder la malade toutes les trois heures.

Je fis commencer, dès le soir même du jour de l'opération, l'administration d'une solution de 10 centigrammes d'hydrochlorate de morphine dans 50 grammes d'eau, continuée jusqu'à production de sommeil, en ayant soin d'en suspendre l'usage tant que la malade dormirait.

Le 8, j'ôtai les trois fils superficiels et les quatre fils profonds les plus éloignés du milieu.

Le 10, j'enlevai les quatre fils profonds restant sur la partie moyenne. La réunion paraissait parfaite.

Le 25, la continuité et la résistance de la cicatrice furent vérifiées par une injection vésicale, et la malade partit.

Assistaient à l'opération : MM. les docteurs Pappadopoulos, Claparède, Abbal, Rancurel, Laugier, qui ont constaté aussi la guérison.

Obs. IV. *Fistule datant de quatre ans, large de 1 centimètre. — Chloroformisation, onze points de suture, pas de sonde à demeure. Les fils sont enlevés le cinquième et le septième jour. Départ de la malade le vingt-cinquième jour. — Guérison.* — Mme G***, âgée de vingt-trois ans, du département de l'Aude, ayant depuis quatre ans une fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un premier accouchement, dans lequel la tête trop volumineuse, ayant séjourné vingt-quatre heures dans l'excavation, nécessita l'application du forceps, vint réclamer nos soins à la fin de l'année 1863.

Bien qu'elle eût été dissuadée de se laisser opérer, par une dame, morte depuis lors, qui n'avait pas eu à se louer des tentatives faites sur elle-même par un autre médecin, elle n'hésita pas à se confier à mes soins et à accepter l'opération.

La fistule, dans de bonnes conditions, située à 3 centimètres du méat et à 2 centimètres du col, un peu sur la droite, de la largeur d'une petite pièce de 20 centimes, c'est-à-dire de 1 centimètre de diamètre à peu près, laissait passer deux sondes de calibre ordinaire. Ses lèvres ne renfermaient que très-peu de tissu cicatriciel; la paroi vaginale était souple et extensible.

Le 19 décembre, l'opération fut pratiquée, la malade étant chloroformisée et couchée sur le dos. Presque tout l'avivement fut fait à l'aide des couteaux coudés de Baker-Brown, et dénuda le tissu sous-muqueux dans une étendue d'à peu près 1 centimètre tout autour de la fistule. Les lambeaux antérieur et postérieur de la muqueuse furent enlevés avec précaution.

Les points de suture furent appliqués très-aisément à l'aide de l'aiguille tubulée, et furent très-multipliés dans le but d'assurer la perfection de l'affrontement. Huit points de suture profonde furent placés à 3 millimètres l'un de l'autre; trois points de suture superficielle, passés à l'aide de la petite aiguille de Sims, furent pla-

cés dans trois intervalles des points profonds où les lèvres de la plaie paraissaient un peu entre-bâillées.

La durée totale de l'opération fut de deux heures.

La malade étant très-irritable et l'affrontement me paraissant aussi parfait que possible, comme il le fut prouvé par la quantité d'urine recueillie après l'opération, je ne laissai pas de cathéter sygmoïde à demeure, et je me contentai de faire sonder la malade toutes les trois heures. Du reste, cette précaution devint inutile dès le troisième jour; car, à partir de ce moment, la malade urina souvent toute seule.

Dès le second jour, je pratiquai bi-quotidiennement des lotions vaginales avec le coaltar étendu d'eau, et je fis donner de quatre en quatre heures une pilule contenant 2 centigrammes d'extrait aqueux thébaïque.

Dès le lendemain de l'opération, je commençai à alimenter la malade avec du bouillon, du lait et du chocolat.

Le 24, j'ôtai les trois fils superficiels et quatre profonds.

Le 26, les quatre autres fils furent enlevés. La ligne de réunion fut touchée pendant quelques jours avec un pinceau mouillé et passé sur le nitrate d'argent.

Le 15 janvier, une injection de lait put distendre la vessie, sans que ce réservoir en laissât échapper aucune goutte par la cicatrice de la fistule.

La malade partit ce jour même.

Assistaient à l'opération : MM. les docteurs Abbal, Rancurel, Espérabé, qui ont constaté aussi la guérison.

Obs. V. *Fistule datant de trois ans, large de 1 centimètre, précédemment opérée deux fois sans succès. — Chloroformisation, six points de suture, sonde à demeure les premiers jours. Les fils sont enlevés le cinquième et le sixième jour. Sortie de la malade le vingtième jour. — Guérison.* — Mme S***, âgée de trente-sept ans, réglée à dix-huit, affectée d'une blépharite chronique scrofuleuse, ayant accouché pour la première fois en 1855, accoucha pour la seconde fois, après six mois de reclusion imposée par la nécessité de dissimuler sa grossesse, le 20 janvier 1862. Le travail fut très-long; on appliqua le forceps plusieurs fois; quinze jours après, l'urine coula par le vagin, et une fistule devint apparente.

Une première opération fut pratiquée par un autre médecin, dans le mois de décembre 1863 : l'avivement fut très-laborieux, l'application des points de suture impossible.

Une seconde tentative fut faite au mois de mai 1864, comme la première, d'après la méthode de Bozeman, la malade accroupie sur les coudes et les genoux; cinq points en fil d'argent furent placés, mais sans plus de succès; un des fils fut même oublié dans la plaie, d'où il ne s'échappa que longtemps après.

Quand je fus consulté par la malade, je trouvai la fistule d'environ 1 centimètre de large, située tout à fait contre le col, la portion de vagin qui formait sa lèvre postérieure ayant été détruite par les tentatives précédentes; ses bords étaient entourés de tissu cicatri-

ciel très-dense et s'étendant assez loin. Heureusement, sa lèvre antérieure pouvait être aisément mobilisée, à cause de la grande laxité de la paroi vaginale qui, par une sorte de procidence, cachait la fistule au point de créer des difficultés pour l'opération.

Le 6 février 1865, huit jours après la cessation des règles, la malade étant préalablement chloroformisée et couchée en supination, l'opération fut pratiquée de la manière suivante : l'avivement porta d'abord sur la lèvre antérieure, puis sur la lèvre postérieure de la fistule. Il fut très-difficile : premièrement, à cause de la chute de la muqueuse de la paroi antérieure du vagin, qui dut être soutenue tout le temps par des cathéters ou des élévateurs; secondement, à cause de la proximité du col, la lèvre postérieure de la fistule ayant été rongée par les opérations précédentes, et l'avivement devant porter, comme la suture, sur le col même de la matrice.

La suture se composa de six fils de fer de fort calibre, rangés sur une même ligne droite et simplement tordus. L'opération dura deux heures et demie. La vessie, sondée immédiatement après l'application du dernier point de suture, ne donna pas d'urine, ce qui m'inspira quelques inquiétudes et me décida à laisser une sonde à demeure, bien supportée d'ailleurs par la malade, si ce n'est dans les premières heures.

L'urine ne s'écoula d'abord qu'en petite quantité, plus tard elle vint en plus grande abondance; mais à aucune époque, depuis le moment de l'opération, la malade ne se sentit mouillée.

A partir du moment de l'opération, il fut administré toutes les deux ou trois heures une pilule de 2 centigrammes d'extrait aqueux thébaïque, afin de déterminer le sommeil et la constipation. Sauf quelques vomissements, qui se répétèrent deux fois le soir de la première journée, et quelques agitations passagères produites par des mouvements de colère auxquels se livra la malade, tout se passa pour le mieux. Du bouillon fut donné à partir du second jour, et l'alimentation fut augmentée peu à peu jusqu'à l'entière guérison.

A partir du second jour, les lotions vaginales au coaltar furent faites deux fois par jour.

Le 11. Deux fils sont enlevés.

Le 12. Les quatre derniers fils sont enlevés. La sonde, fatiguant la malade, est supprimée; on l'introduit seulement toutes les deux heures pour vider la vessie.

Dans la nuit du 12 au 13, la malade, poussée par un impérieux besoin, urine sans sonde, et depuis ce temps-là elle urine presque toujours ainsi.

Du 22 au 24, menstruation.

Le 24. Purgation avec de l'huile de ricin; la malade reste levée toute la journée.

Le 25. On injecte dans la vessie une quantité de lait suffisante pour la distendre; on engage la malade à faire des efforts comme pour uriner : aucune goutte de lait ne sortant par la cicatrice, le succès est regardé comme certain. Après plus de six mois il ne s'est pas démenti.

Assistaient à l'opération : MM. les docteurs Girou, Demorcy-

Delettre, Jaumes fils, Rancurel, Laugier. La guérison a été constatée par MM. Girou et Jaumes fils.

Obs. VI. *Fistule datant de dix ans, de 3 centimètres, chez une femme bien constituée. — Pas d'anesthésie, neuf points de suture, incision demi-circulaire au-dessus du méat, pas de sonde à demeure. Arrivée prématurée des règles. Les fils sont enlevés six jours après l'opération. Départ de la malade le douzième jour. — Guérison.* — Mme Marie D***, du département du Gard, âgée de trente-cinq ans, petite, mais bien constituée, mariée depuis douze ans, est atteinte depuis dix ans d'une fistule vésico-vaginale. Cette perte de substance se produisit à la suite des couches, dans les circonstances suivantes : après neuf mois d'une grossesse normale, le 10 septembre 1855, la malade fut prise des premières douleurs ; le travail marchant lentement, la sage-femme rompit inopportunément la poche des eaux ; l'accouchement ne se terminant pas plus tôt pour cela, et l'enfant se présentant par le siége, un médecin, appelé le troisième jour et trouvant probablement le fœtus mort, en délivra la femme. L'urine s'écoula par le vagin après l'accouchement. Cette infirmité, bien que très-douloureuse, par les excoriations qu'elle déterminait, ainsi que je l'ai constaté, sur les parties génitales, n'empêcha pas la malade de reprendre les travaux de la campagne. Depuis lors, il se produisit même cinq grossesses, toutes terminées par des accouchements heureux ; deux des enfants nés de ces grossesses sont encore vivants. La malade ne s'est pas aperçue que l'état de la fistule en ait éprouvé de l'aggravation.

La fistule est transversale, de 3 centimètres d'étendue de droite à gauche, à peu près à égale distance du méat et du col; le vagin n'est pas long et le col utérin se trouve assez bas, sans que la muqueuse vaginale forme prolapsus. Les deux lèvres de la fistule sont saines, on les voit débordées de temps en temps par la partie voisine de la muqueuse vésicale qui se précipite d'une petite quantité à travers l'orifice vésico-vaginal. Cette précipitation paraît se produire sous l'influence d'efforts; car la malade, quoique perdant toute son urine par la fistule, comme on le comprend bien, éprouve néanmoins quelquefois la sensation de besoin d'uriner.

Les règles ayant fini le 26 août, la malade, arrivée à Montpellier le 6 septembre, fut purgée le 7 et opérée le 8.

L'opération ne présenta aucun incident anormal. La malade, non chloroformisée, fut couchée sur le dos, le bassin très-relevé, dans la position sacro-dorsale. L'avivement fut fait régulièrement sur chaque lèvre et en dehors d'elle à droite et à gauche, sur une étendue de 7 à 10 millimètres à partir des bords. Une artériole, par l'avivement de la lèvre postérieure, donna un peu de sang et m'obligea à tenir, pendant vingt minutes, le vagin rempli par une éponge imbibée d'eau de Léchelle.

Les points de suture, au nombre de neuf, un médian et huit latéraux, furent passés aisément à l'aide de l'aiguille de Startin, en commençant par celui du milieu et continuant par ceux des côtés, alternativement à droite et à gauche. Un des points de droite perfora un petit kyste vaginal sous-muqueux qui n'avait pas été aperçu,

et en fit sortir quelques gouttes de pus. Les fils furent ensuite serrés et tordus, en allant de la droite à la gauche de la malade. Entre deux points du milieu, je crus devoir placer un point complémentaire, pour affronter plus exactement les bords de la muqueuse.

La muqueuse vaginale me paraissant un peu tendue, je fis une incision demi-circulaire au-dessus du méat, pour abaisser l'urètre, relâcher la muqueuse vaginale, faciliter l'affrontement des lèvres de la fistule, et empêcher les fils d'exercer quelque tiraillement sur leur tissu.

La durée totale do l'opération, abstraction faite des temps de repos, ne dépassa pas une heure.

Je ne laissai pas de sonde à demeure dans la vessie; la malade fut sondée seulement toutes les trois heures. Presque à chaque fois, elle ressentait vers ce moment la distension de la vessie, et, après l'évacuation de l'urine, un soulagement marqué; ce qui prouve qu'il est bon de pratiquer le cathétérisme toutes les trois heures, jusqu'à ce que la vessie ait repris l'habitude d'être distendue, et que l'adhérence des lèvres de la plaie soit assez solide pour résister à ses contractions.

Pendant les premiers jours, la malade fut alimentée avec du bouillon et du vin; je lui accordai un peu de limonade, à cause de la chaleur excessive, et je lui administrai 1 centigramme d'extrait aqueux thébaïque, d'abord toutes les heures, puis toutes les deux ou trois heures, pour entretenir le sommeil et la constipation.

Dès le lendemain, les lotions vaginales au coaltar furent faites au moins deux fois par jour.

Aucun accident n'entrava la guérison, sauf un vomissement survenu le 10 septembre, par suite de l'ingestion d'un bouillon trop peu de temps après celle d'une pilule.

Les règles, qui ne devaient venir que le 20, apparurent le 10, abondantes et foncées; on ne cessa pas les lotions vaginales. Elles s'arrêtèrent le 13.

Le 14, c'est-à-dire six jours après l'opération, l'adhésion paraissant complète et les fils ulcérant légèrement la muqueuse sur chaque lèvre de la plaie, j'ôtai tous les points de suture. Le soir, les règles reparurent, pour disparaître définitivement le lendemain.

Je laissai une sonde à demeure la nuit qui suivit l'enlèvement des points de suture; mais, cette sonde s'étant bouchée, la malade fut obligée de l'ôter elle-même et d'uriner naturellement. Depuis lors, elle urine toute seule, elle prend dans son lit la position qui lui convient. Depuis le moment de l'opération, elle n'a pas perdu une goutte d'urine par le vagin.

Le 16, elle va à la garde-robe sans efforts, à la suite d'un lavement qu'elle a pris, suivant ma recommandation, dès qu'elle a éprouvé quelque disposition à aller à la selle.

Le 18, c'est-à-dire dix jours après l'opération, une injection d'eau et de lait est faite dans la vessie, qui se laisse distendre sans perdre une seule goutte par la ligne d'adhésion de la fistule. Les règles sont revenues.

La malade part le lendemain pour retourner chez elle.

Assistaient à l'opération : MM. les professeurs Rochard et Fonssagrives, et les docteurs A. Dumas (de Cette), Mondot, Gayraud, Gosset, Cruveilhier, Cambassédès, etc.

Réflexions. — La lecture des six observations précédentes donne lieu à quelques considérations qui peuvent être résumées dans les conclusions suivantes :

1° Des fistules de diverses époques, récentes ou anciennes, depuis deux mois jusqu'à dix ans, ont pu être également et promptement guéries. L'existence de la fistule n'empêche pas les malades de faire des enfants, comme le prouve l'observation VI. J'ai vu des femmes dont le bas-fond de la vessie était entièrement détruit et dont les cavités vésicale et vaginale étaient confondues en un véritable cloaque, sans que cette disposition mît aucun obstacle à la fécondation et à l'accouchement.

2° Ces six fistules avaient des diamètres variables, depuis 1 jusqu'à 3 centimètres, ce qui n'a apporté aucune différence dans la rapidité de la guérison.

3° Elles étaient relativement simples. Pourtant, une d'elles avait subi précédemment deux tentatives d'opération, une autre avait sa lèvre postérieure rattachée au col par une forte bride, une autre était compliquée d'adhérences vaginales à l'arcade pubienne (condition très-défavorable) et d'engorgement chronique du col avec prolapsus, une autre ne put être opérée qu'en faisant porter la suture sur la lèvre antérieure du col utérin, et une autre s'accompagnait d'une tension de la paroi vaginale antérieure suffisante pour nécessiter une incision demi-circulaire au-dessus du méat.

4° Toutes ces malades, sauf une, ont été chloroformisées. Elles étaient toutes très-irritables, d'une sensibilité extrême, à l'exception de la dernière, campagnarde endurcie, dont les organes en bon état et la santé générale robuste s'alliaient à beaucoup de courage, à un ardent désir de guérison et à la ferme volonté de souffrir quelque douleur pour y arriver.

5° Pour toutes, la préparation à l'opération a consisté dans des bains de siége frais, des lotions et des fomentations vineuses avec du gros vin seul ou mélangé avec de l'huile ou avec un jaune d'œuf, pour combattre l'éruption produite sur la muqueuse génitale, les grandes lèvres, les cuisses, par le contact incessant de l'urine ; des toniques francs, des amers, des ferrugineux, une bonne alimentation ; enfin, une purgation la veille et un lavement le matin de l'opération. — Chez toutes mes malades, j'ai opéré lorsque les règles

étaient passées depuis cinq jours au moins et dix à douze jours au plus.

6° Toutes mes malades ont été placées sur le dos, très-renversées, dans cette position qu'on a appelée *pelvi* ou *sacro-dorsale*, et que je trouve généralement, sauf un très-petit nombre d'exceptions, bien préférable à la pronation latérale gauche ou droite de M. Sims, et surtout à la pronation abdominale, c'est-à-dire à la position accroupie sur les coudes et les genoux, de M. Bozeman. Je signalerai, dans des observations ultérieures, les circonstances qui m'ont décidé à profiter des avantages que ces dernières positions peuvent donner.

7° Chez toutes mes malades, je n'ai eu à pratiquer qu'un avivement pur et simple, mais je l'ai fait toujours complet et régulier : complet, c'est-à-dire compremant toute la muqueuse ; régulier, c'est-à-dire s'étendant circulairement à une distance de 7 à 10 millimètres du bord. Autant que possible, chaque côté a été disséqué en un seul lambeau, de manière à assurer la perfection de l'avivement et à donner la certitude qu'il ne restait sur la surface saignante aucun fragment de muqueuse. Je suis convaincu que cet avivement est indispensable ; qu'il ne suffit pas de râcler la muqueuse et de la dépouiller de son épithélium, pour la faire adhérer aux parties avec lesquelles on l'affronte ; enfin, qu'il suffit d'une toute petite surface négligée dans l'avivement et n'étant pas franchement saignante, pour empêcher la réunion de s'opérer.

8° De l'eau de Léchelle ou de la glace ont été plusieurs fois employées pour arrêter l'hémorrhagie. Du reste, il faut savoir attendre tout le temps qui est nécessaire pour voir cesser l'écoulement de sang, et affronter des surfaces presqu'à sec. Le temps ne fait rien à l'affaire, et bien qu'avec de l'habitude on puisse aller assez vite et raccourcir une opération ordinaire de fistule vésico-vaginale à moins d'une heure, encore faut-il laisser entre les divers temps de l'opération les intervalles nécessaires. Surtout il ne faut pas se presser pour les points de suture : on ne saurait les placer avec trop d'exactitude et de régularité, autant pour leur profondeur que pour les distances qui les séparent, leur correspondance sur les deux lèvres de la plaie, etc.

9° Les fils de chaque point de suture ont été simplement tordus. Jusqu'ici, même dans les cas compliqués, je n'ai pas eu l'occasion d'avoir recours à d'autres procédés de constriction. Le bouton de chemise de M. Duboué ne me paraît pas plus généralisable que le bouton de veste de M. Bozeman. Je ne voudrais pas qu'on défigurât

ma pensée et qu'on supposât que je cherche à déverser sur les choses un ridicule qui semble dériver des mots. Mais je tiens à affirmer que, tout en pouvant trouver dans des cas rares des applications exceptionnelles, ces complications si variées de la suture métallique simple sont, en principe, inutiles, pour ne pas dire nuisibles, et qu'en général on doit en débarrasser, dans ce cas particulier, le manuel opératoire, déjà bien assez encombré sans elles.

10° Sur six malades, il en est quatre chez lesquelles aucune sonde n'a été laissée à demeure; on s'est contenté de vider la vessie par le cathétérisme toutes les trois heures. Il n'est pas bon de rester plus longtemps sans évacuer l'urine, la vessie ne pouvant reprendre que peu à peu la capacité qu'elle a perdue, surtout si la fistule est ancienne. Du reste, quelques-unes de ces malades ont uriné toutes seules à plusieurs reprises, lorsque le besoin se faisait sentir, avant que je fusse arrivé auprès d'elles pour les sonder. Il n'en est résulté aucun accident; mais je crois qu'il vaut mieux éviter, par l'évacuation artificielle, les contractions vésicales. Chez deux malades, la sonde à demeure a été placée; mais elle a été ôtée par moments sans inconvénients, et supprimée définitivement de très-bonne heure.

11° Dans quelques cas, les règles sont revenues plus tôt qu'on ne devait les attendre, devançant de plus de quinze jours l'époque normale de leur retour; notamment chez la dernière malade, qui les a eues le troisième jour, pendant que les fils étaient en place. Cette condition, devant être considérée *à priori* comme défavorable au succès, n'a pourtant pas empêché l'adhérence de s'opérer et la guérison définitive de se produire avec rapidité.

12° Toutes les malades dont je viens de rapporter les observations ont pu partir avant quinze jours. Les fils ont toujours été enlevés du cinquième au dixième jour, généralement le sixième. J'ai attendu quelques jours avant de permettre aux malades de se lever, de peur de voir se déchirer, par suite de mouvements intempestifs, des adhésions récentes et d'une faible résistance. Dans le même but, j'ai eu toujours le soin de faire prendre à mes malades un peu d'huile de ricin ou un lavement huileux, pour éviter tout effort dans l'évacuation de la première garde-robe qui suit l'opération, et qui doit être retardée jusqu'au huitième jour, si c'est possible. Mais, lorsque les malades ne pouvaient pas rester ou n'offraient pas de contre-indication particulière nécessitant la prolongation de leur séjour auprès de moi, je n'ai pas craint de les laisser partir, comme on le voit dans la dernière observation, dix ou douze jours après

l'opération. Il n'y a pas, à cet égard, d'opération autoplastique qui donne des résultats immédiats plus parfaits et plus rapides.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Pâte pectorale sans gomme arabique.

Par M. Stanislas MARTIN.

Certaines personnes ont une si grande répulsion pour la gomme arabique, qu'elles ne peuvent manger les pâtes médicamenteuses dont elle est la base. On peut obvier à cet inconvénient en leur faisant le bonbon dont voici la formule :

Amidon réduit en poudre....................	30 grammes.
Eau froide....................................	50 grammes.

Mêlez, chauffez de manière à obtenir un mucilage compact.

Versez cet empois dans une bassine plate, ajoutez-y 150 grammes de sucre blanc fondu dans 250 grammes d'eau; chauffez à feu nu, en agitant vivement, continuez à battre le mélange jusqu'à ce qu'en appliquant la spatule sur le dos de la main, la pâte n'y adhère pas ; on aromatise fortement avec de l'alcoolat de citron, d'oranges, de cédrat, ou avec du sucre vanillé, de l'eau distillée de fleurs d'oranger ou de feuilles de laurier-cerise, on peut remplacer tous ces aromates par une forte décoction de baume de Tolu. Si pendant cette opération la pâte prend un aspect grumeleux, on y ajoute un peu d'eau, elle redevient lisse et homogène; on coule cette pâte dans des moules en fer-blanc, on l'y étale au moyen d'une spatule; lorsqu'elle est presque froide, on la coupe en petits morceaux carrés qu'on roule dans du sucre en poudre grossière, ce sucre y adhère et imite une cristallisation.

L'amidon jouit de propriétés analeptiques, émollientes et calmantes; ce bonbon a un très-joli aspect et est d'un goût agréable; les malades l'acceptent avec plaisir. On peut le colorer en rose avec un peu de carmin; si on désire lui donner des propriétés plus actives, on lui ajoute les extraits, les teintures ou les poudres qui entrent dans les pâtes dites pectorales calmantes, béchiques, incisives ou laxatives; la pâte à l'amidon sera toujours facile à reconnaître avec celle dans laquelle il entre de la gomme arabique, si toutefois on essayait à en faire une substitution. La pâte d'amidon, dissoute dans de l'eau distillée, se colore en bleu avec la

teinture d'iode ; la pâte faite avec la gomme précipite avec un sel de fer.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, par M. J.-H. Bennet ; traduit de l'anglais par M. Peter.

Le livre dont nous rendons compte aujourd'hui n'est pas un livre nouveau. La première édition fut publiée en 1845, et c'est la quatrième que M. Michel Peter a traduite en français. Ces éditions successives prouvent déjà que l'ouvrage de M. Bennet a été vivement apprécié des médecins anglais ; c'est donc un véritable service que M. Peter a rendu à la science et à la pratique en facilitant par la traduction la lecture de ce livre aux médecins français.

L'ouvrage est divisé en deux parties : dans la première, l'auteur étudie *l'inflammation de l'utérus et des organes annexes ;* dans la deuxième, il recherche les *rapports de l'inflammation utérine avec les autres états morbides de l'utérus, fonctionnels et anatomiques.*

M. Bennet décrit d'abord sommairement l'appareil utérin et ses annexes. Nous n'avons rien à dire de ce chapitre, si ce n'est que le traducteur, dont un grand nombre de notes prouvent à chaque instant le bon sens pratique et l'érudition, aurait pu indiquer à propos de l'ovaire, les travaux si remarquables de M. Sappey, qui ont totalement bouleversé nos connaissances sur ce sujet.

M. Bennet fait jouer un très-grand rôle à l'inflammation dans la pathologie utérine. Il semble que presque toutes les lésions dérivent de ce point de départ. Il décrit d'abord la métrite aiguë, la métrite chronique et la métrite interne. Puis il ne consacre pas moins de cent trente pages à l'inflammation et l'ulcération du col de l'utérus.

Deux chapitres nous ont vivement frappé : c'est l'inflammation et l'ulcération du col utérin chez les vierges, et les mêmes lésions pendant la grossesse. On peut dire que ces deux chapitres appartiennent à peu près en propre à l'auteur.

Les lésions du col de la matrice sont évidemment beaucoup plus fréquentes chez les femmes qui ont eu des enfants ; elles existent cependant chez les jeunes filles vierges, causent de notables dérangements dans la santé générale et nécessitent une intervention active. Jusqu'aux travaux de Bennet, les auteurs les plus éclairés sur ces questions ne parlaient de ce fait qu'avec une certaine hésitation.

On ne saurait plus en conserver aujourd'hui, après la description si nette de l'auteur. Il existe bien chez les vierges des ulcérations du col de l'utérus qui ne disparaissent pas spontanément; elles se reconnaissent à un ensemble de signes caractéristiques suivant l'auteur : douleurs dans le ventre, les lombes, les cuisses, pesanteur dans le bassin, quelquefois abaissement de la matrice ; écoulement glaireux et purulent par le vagin, règles difficiles et extrêmement douloureuses, extrême faiblesse de la malade, troubles digestifs, insomnie, phénomènes hystériques et même paralytiques. En présence de ces troubles fonctionnels, il faut constater l'état physique du col. Pour y arriver, une dilatation lente et graduelle de l'hymen suffit le plus souvent; si cette membrane était dure et résistante, M. Bennet conseille de l'inciser, et le doigt reconnaît alors que le col est tuméfié, que son orifice, plus ou moins ouvert, *donne la sensation du velours;* il introduit ensuite avec beaucoup de ménagements un petit spéculum construit *ad hoc;* et constate *de visu* ce ce qu'il n'avait fait que soupçonner. Le traitement ne diffère pas de celui qu'on applique aux ulcérations des femmes mariées. Nous croyons devoir citer ce passage de l'ouvrage :

« En jetant un regard rétrospectif sur ce chapitre écrit depuis tant d'années déjà, c'est pour moi un sujet de vive satisfaction de voir que je n'ai rien à y changer, et qu'il me faut y ajouter peu de chose. Cependant l'inflammation chez les vierges, bien qu'elle soit une forme exceptionnelle de la maladie, a été l'objet constant de mon observation et de mon étude ; d'ailleurs, l'énorme responsabilité qui pèse en pareil cas sur les médecins en a conduit un grand nombre à faire appel à mon expérience. Or, le surcroît de renseignements que j'ai ainsi obtenus a pleinement justifié tous les faits que j'avais autrefois avancés. Les années écoulées m'ont démontré que peu de conquêtes scientifiques ont plus fait pour le bien-être des femmes que ce travail sur la métrite du col chez les vierges, bien qu'il m'ait valu plus d'un sanglant reproche de la part de mes confrères. »

L'ulcération du col pendant la grossesse est encore un point très-intéressant que met bien en lumière l'ouvrage de M. Bennet. Elle donne souvent lieu à des hémorrhagies qui ont pu en imposer, suivant l'auteur, pour les règles survenant malgré l'état de grossesse. Cette opinion nous paraît trop exclusive, car des hommes expérimentés, tels que MM. P. Dubois, Tarnier, disent avoir observé pendant la grossesse un écoulement de sang périodique, qui venait bien de la cavité utérine. Un des symptômes les plus communs et les

plus redoutables de ces ulcérations sont les vomissements incoercibles qui signalent habituellement les premiers temps de la grossesse. Ces ulcérations qui, lorsqu'elles existent, s'opposent ordinairement à la conception, sont pour les femmes enceintes une cause fréquente d'avortement. Lorsque la grossesse suit sa marche habituelle, les malades sont plus exposées à la métro-peritonite et aux accidents qui suivent parfois l'accouchement. Il est donc nécessaire d'appliquer promptement à cette maladie un traitement approprié, l'usage du spéculum n'étant nullement à craindre pendant la grossesse, suivant l'auteur.

Ces deux chapitres très-intéressants sont accompagnés d'observations détaillées et fort concluantes, pour étayer les opinions.

Un chapitre est consacré aux phlegmons du ligament large. Et sous ce nom M. Bennet décrit l'inflammation du tissu cellulaire situé entre les deux feuillets du ligament. Il ne s'occupe pas des travaux nombreux qui ont été faits en France dans ces dernières années sur ce sujet important ; mais c'est une lacune qu'a comblée le traducteur. Dans une note succincte et néanmoins complète, M. Peter rappelle les opinions de MM. Nonat, Bernutz et Goupil, et Aran.

M. Nonat a appelé l'attention non-seulement sur la phlegmasie du tissu cellulaire des ligaments larges, mais encore sur celle du tissu cellulaire qui environne de toutes parts l'utérus, et il l'a désignée sous le nom de plegmon *péri-utèrin*. Suivant le point enflammé, il a décrit : le *plegmon latéral* (droit ou gauche) ; le phlegmon des *ligaments larges ;* les phlegmons *rètro-utèrin*, *anté-utérin* et *péri-rectal*. Ces phlegmasies, le plus souvent chroniques, seraient surtout caractérisées par la présence d'une tumeur de forme, de volume, de rapports variables suivant le point affecté. A la surface de ces tumeurs rampent des vaisseaux artériels volumineux.

Pour M. Nonat, en définitive, la plupart des lésions chroniques que l'on rencontre dans l'utérus et ses annexes auraient pour point de départ l'inflammation du tissu cellulaire.

Cette doctrine a été rejetée complétement par MM. Bernutz et Goupil, qui ont expliqué tous ces mêmes cas par une péritonite du bassin, et la tumeur caractéristique par les adhérences des viscères pelviens réunis entre eux.

Enfin, Aran émit une opinion mixte, et conclut de ses recherches que les petites tumeurs péri-utérines résidaient dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, tandis que les tumeurs volumineuses étaient le résultat d'une pelvi-péritonite.

Quoi qu'il en soit, ainsi que le fait fort bien remarquer M. Peter, les auteurs sont d'accord sur ce point : l'existence d'un travail inflammatoire ; c'est donc ce travail qu'il faut combattre.

Un chapitre des plus intéressants est consacré à l'étude des déviations utérines. L'auteur professe à cet endroit une opinion très-tranchée. La plupart des déviations ne sont que des épiphénomènes secondaires, et les troubles locaux et généraux qu'éprouvent alors les malades, sont le résultat de l'inflammation et non des déviations. Il en résulte une conséquence capitale pour le traitement, c'est que Bennet rejette à peu près complétement tous les moyens mécaniques proposés par Simpson et autres pour corriger ces déviations. Il conclut en ces termes :

Les déplacements de l'utérus ne réclament, dans l'immense majorité des cas, aucun traitement mécanique spécial, pourvu que les conditions morbides qui les ont produits soient reconnues et traitées ; 2° que dans les cas extrêmes d'antéversion et de rétroversion, dans lesquels il serait véritablement à désirer de redresser l'utérus par des agents mécaniques, le pessaire intra-utérin, quand il est supporté, rend peu de services si tant est qu'il en rende, car le déplacement reparaît aussitôt que l'instrument est retiré ; 3° que dans le prolapsus complet, les bandages vulvaires constituent les moyens de contention les plus facilement tolérés et les plus efficaces, combinés parfois à un bandage abdominal, destiné à faire disparaître la pression exercée par les intestins.

J'aurais encore à signaler bon nombre de chapitres dans l'ouvrage de M. Bennet ; mais ce qui précède suffit pour en faire comprendre toute l'importance.

Ce qui préoccupe évidemment l'auteur, c'est l'inflammation de l'utérus, qui, pour lui, joue un rôle capital dans la production des accidents qu'occasionnent toutes les autres lésions de l'appareil utérin. Par exemple, un polype fibreux s'accompagne-t-il de phénomènes morbides, c'est l'inflammation qu'il en rend responsable. Le livre de M. Bennet est surtout remarquable par le côté pratique. C'est évidemment un homme qui a beaucoup vu, bien vu, et qui a appliqué à l'étude des maladies utérines une sagacité et un bon sens rares. Le meilleur éloge que nous puissions faire de la traduction, c'est que la lecture de l'ouvrage est très-facile, on est pris souvent à oublier que ce n'est qu'une traduction, tant M. Peter a su rendre le texte avec clarté et intelligence.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Cas de plaies pénétrantes des articulations. — Remarques sur le traitement de ces plaies, et spécialement sur les avantages des applications de glace. — La discussion provoquée récemment dans le sein de la Société de chirurgie, par M. le docteur Verneuil, sur une des questions les plus sérieuses et les moins bien connues peut-être de la chirurgie, à savoir le pronostic et les indications thérapeutiques des plaies pénétrantes des articulations, ou plutôt de l'articulation du genou, donne un caractère d'actualité aux faits suivants, intéressants à la fois par la nature des lésions (dans deux cas principalement), le traitement mis en œuvre et les résultats obtenus. Observés dans les salles de M. Spence, à l'infirmerie royale d'Edimbourg, ils ont été publiés par le docteur William Rutherford, chirurgien interne de cet hôpital, avec des remarques cliniques qui font connaître les opinions du professeur, la thérapeutique par lui adoptée et les résultats de son expérience (1).

Obs. I. P. C***, âgé de 21 ans, jeune homme doué d'une santé robuste, est apporté à l'infirmerie, d'une localité voisine de la ville, dans la soirée du 28 mai. Le matin de ce jour, il avait été violemment lancé hors d'un waggon à transporter le charbon de terre contre des pieux de bois, et la pointe aiguë d'un de ces pieux avait pénétré vers le bord interne de la rotule, dans l'articulation du genou gauche, produisant une plaie avec déchirures légères, qui permettait facilement l'introduction de l'index à l'intérieur de la jointure. Le genou était le siége d'une douleur aiguë, même à l'état de repos, et sa température s'était considérablement élevée. Il ne s'était écoulé de la blessure qu'une faible quantité de sang. Il y avait également une plaie contuse du cuir chevelu, d'environ deux pouces d'étendue, mais qui ne s'accompagnait pas de céphalalgie, non plus que d'aucun autre symptôme nerveux. Le blessé accusait en outre une douleur intense au niveau de l'épine dorsale, dans la région interscapulaire; toutefois, l'examen le plus attentif ne fit pas reconnaître de fracture de vertèbres ou de côtes. Il avait une soif vive, mais la peau était froide dans toute son étendue, et le pouls ne battait que 68.

Le thorax fut entouré d'un bandage de corps en flanelle; les plaies de la tête et du genou furent nettoyées avec soin et leurs bords affrontés au moyen de fils d'argent, puis le membre fut placé sur un plan incliné. Dans des cas semblables, M. Spence avait jusqu'alors eu recours à l'irrigation pour appliquer le froid à l'article blessé; mais il n'avait pas eu à se louer de ce moyen, tant

(1) *Edinburgh med. Journ.*, août 1865.

à cause des difficultés qu'on éprouve à en faire une application convenable qu'en raison des résultats peu satisfaisants qui, entre ses mains, en avaient presque constamment suivi l'emploi. Ce fut ce qui le décida, dans ce cas, à essayer la glace. Une grande vessie de gutta-percha contenant de la glace fut placée sur le genou, la plaie ayant été au préalable couverte d'un petit plumasseau de charpie sèche, recouvert à son tour d'une large feuille de gutta-percha, de manière à empêcher sûrement la plaie d'être mouillée, si, par hasard, il venait à s'échapper de l'eau de la vessie. On administra une dose de chlorhydrate de morphine pour calmer la souffrance et procurer le repos. La nuit se passa dans un sommeil profond, et le matin, au réveil, il n'y avait pas de mal de tête et le genou était sans douleur.

Le 31 mai. Les sutures sont enlevées au genou et à la tête ; la plaie du genou est réunie par première intention ; celle du cuir chevelu a suppuré. Pouls à 90.

Le 1er juin. Pouls à 100 ; céphalalgie intense ; aucune préparation opiacée depuis la nuit qui a suivi l'entrée à l'hôpital ; raser les cheveux ; application du froid sur la tête ; une dose moyenne d'huile de ricin.

Le 2. Il y a eu un léger frisson ; langue saburrale ; pouls à 102. Céphalalgie plutôt diminuée ; genou légèrement tuméfié, mais sans chaleur. La glace est discontinuée pendant quelques heures et remplacée par l'eau froide ; mais le genou n'ayant pas tardé à redevenir douloureux, et la température s'en étant accrue rapidement, on a de nouveau recours à la glace, qui amène la disparition de ces symptômes fâcheux. Le soir, il paraît de l'érythème autour de la plaie de tête.

Le 3. L'érythème s'étend. Pouls à 104, faible. Quatre onces d'eau-de-vie dans la journée, 15 gouttes de teinture de perchlorure de fer toutes les trois heures. Boissons salines. Malgré la présence de l'érythème, les applications d'eau froide sur la tête sont continuées, à cause du soulagement prononcé qu'elles apportent à la céphalalgie.

Le 4. Délire. L'érythème ne s'est pas étendu. Pouls à 110. Six onces d'eau-de-vie au lieu de quatre.

Le 5. Bon sommeil toute la nuit. Disparition du délire. Pouls à 96. Erythème en voie de résolution.

Le 8. Pouls à 82, bien meilleur sous le rapport de la force. Erythème disparu. Trois onces d'eau-de-vie seulement. Cessation de l'application de la glace sur le genou, elle est remplacée par une simple compresse imbibée d'eau froide jugée suffisante pour réprimer la tendance à l'accroissement de la chaleur. Cessation du froid sur la tête.

Le 15. La plaie du cuir chevelu cicatrisée ; disparition de la douleur de la région dorsale. Le membre est débarrassé des attelles qui le maintenaient immobile. Bière au lieu d'eau-de-vie. La convalescence marche ensuite rapidement, et le 28 juin, le malade est envoyé à la maison de convalescence, en état de marcher avec l'aide d'une béquille. Le 28 juillet, il est venu se présenter à la clinique : sa

santé est complétement rétablie, il ne reste pas la moindre roideur de la jointure.

Le cas qui précède n'était certainement pas favorable pour faire l'épreuve d'aucune méthode de traitement. Sans doute le malade était d'une excellente constitution, et le traitement fut commencé avant que l'inflammation se fût emparée de l'articulation. Mais néanmoins, la plaie de tête, l'érythème consécutif, le délire, étaient des complications extrêmement sérieuses, tant à cause de l'irritation générale qui en fut la conséquence, qu'en raison de la difficulté de maintenir le membre au repos pendant la durée du délire. C'était là un cas type pour l'emploi des émissions sanguines, des purgations et autres moyens antiphlogistiques qui, à une époque antérieure, étaient prescrits dans le traitement des blessures de ce genre par beaucoup de chirurgiens. Au lieu de cela, cependant, on a vu que le fort thé de bœuf et d'autres moyens appartenant au régime réparateur furent administrés dès le début.

Le cas suivant, où il s'agit également d'une plaie pénétrante de l'articulation du genou, forme, à certains égards, un contraste frappant avec le précédent.

Obs. II. A. E***, âgé de trente-six ans, fut apporté le 7 juillet à l'infirmerie, pour une plaie qu'il venait de se faire en tombant sur le bord cassé d'une cuvette de faïence. Ce bord aigu et tranchant avait pénétré dans le genou gauche, divisant le tendon du triceps crural et effleurant le bord supérieur de la rotule. La blessure, ayant l'aspect d'une plaie par instrument tranchant, permettait l'introduction de deux doigts dans l'articulation. L'hémorrhagie, considérable immédiatement après l'accident, était arrêtée au moment de l'entrée. Les bords furent réunis au moyen de fils d'argent, le membre placé sur un plan incliné, et une application de glace faite sur la jointure de la même manière que chez le précédent malade. Mais, dans ce cas, M. Spence se montra très-réservé sur le pronostic; car, indépendamment de l'étendue considérable de la plaie, le blessé était atteint de syphilis, et, par suite de cette circonstance, la réunion immédiate était bien douteuse.

Le 8 juillet. Pouls à 80; jointure non douloureuse.

Le 9. Pouls à 100, mou. Langue saburrale. Garde-robe à la suite d'un lavement. Jointure un peu tuméfiée, mais indolente.

Le 10. Rougeur et tension de la plaie; on enlève quelques points de la suture.

Le 11. Tension augmentée; le reste de la suture est enlevé, et on met à la place des bandelettes agglutinatives étroites. Il n'y a pas de réunion. Pendant la nuit, l'articulation a été douloureuse. Après l'enlèvement de la suture, légère hémorrhagie à la surface de la plaie, facilitée par la suspension de la glace pendant une heure.

Le 13. Erythème autour des bords de la plaie. Suppuration dans l'articulation. Suppression de la glace, qui est remplacée par un

cataplasme de farine de lin léger. Pouls à 104, faible. 4 onces d'eau-de-vie par jour, et 15 gouttes de teinture de perchlorure de fer toutes les trois heures.

Le 14. Erythème étendu à presque toute la cuisse. Jointure excessivement douloureuse. La plaie est agrandie au moyen du bistouri pour faciliter l'écoulement du pus, et une contre-ouverture est pratiquée au côté interne de l'articulation. Une préparation opiacée est administrée à doses rapprochées.

Le 15. Il y a eu un frisson intense. Pouls à 120. Incision d'un abcès qui s'est formé d'une manière insidieuse à la partie interne de la cuisse. 3 onces de vin de Xérès en sus de l'eau-de-vie.

Le 16. Pleurésie à gauche. Bronchite.

Le 17. Douleur dans la région du foie. Nombreux abcès à la cuisse et à la partie supérieure de la jambe. Le malade va s'affaiblissant graduellement et meurt le 30 juillet.

L'autopsie fit reconnaître les altérations ordinaires de l'infection purulente dans le foie et les poumons. A la cuisse et à la jambe, il existait du pus dans les gaînes des muscles. La membrane synoviale de l'articulation était couverte de granulations mollasses, et il y avait érosion du cartilage.

La question de l'amputation avait été posée et examinée le 14, quand il devenait évident que la suppuration était sur le point de s'étendre à la cuisse; mais l'érythème intense, l'état général du malade, et la mortalité extrême qui suit les amputations pratiquées pour les inflammations des jointures, contre-indiquaient toute intervention de ce genre.

Obs. III. D. W***, âgé de vingt-trois ans, jeune homme robuste et bien portant, reçut, deux heures avant son entrée à l'infirmerie, le 31 mai, une blessure par instrument tranchant au côté interne du cou-de-pied, pénétrant dans l'articulation calcanéo-astragalienne. La plaie, d'environ deux pouces d'étendue, résultait d'un coup de doloire. Il y avait une hémorrhagie peu considérable, qui fut facilement arrêtée au moyen du froid. Suture avec les fils d'argent; glace; réunion par première intention. La douleur, qui était très-vive, se calma sous l'influence de l'application réfrigérante, et ne reparut pas, si ce n'est le cinquième jour, à la suite d'une courte suspension de l'emploi de la glace. Le retour de la douleur à ce moment et une élévation alarmante de la température obligèrent à la réappliquer pendant quatre jours de plus. Le blessé sortit le 28 juin, complétement guéri.

Obs. IV. J. B***, âgé de vingt-trois ans, admis le 23 juin, peu après avoir reçu un coup de doloire au bord antérieur de la malléole interne du cou-de-pied droit. Il y avait une plaie en partie contuse, d'un pouce et demi de longueur, s'ouvrant antérieurement dans l'articulation tibio-tarsienne, et pénétrant en arrière à une assez grande profondeur dans le tissu osseux de la malléole. L'hémorrhagie, qui était assez abondante, arrêtée par le froid; la partie nettoyée, mais non complétement, des parcelles de terre et de sable;

suture; membre immobilisé au moyen d'une attelle; application de glace. Réunion solide par première intention à la partie antérieure de la plaie, celle qui s'ouvrait dans l'article; réunion superficielle, le 1er juillet, des lèvres de la plaie au niveau de l'os; cependant, un petit abcès commence à se former à l'angle de la plaie correspondant à l'os. Glace remplacée par des pansements à l'eau tiède. La guérison a marché lentement, par suite de la formation de petits trajets fistuleux. Il ne s'est manifesté, toutefois, aucune inflammation du côté de l'articulation. Sorti guéri le 12 août.

Il est probable que, si l'on n'eût pas dès l'abord écarté les chances d'inflammation au moyen de l'abaissement artificiel de la température, l'articulation, en l'absence d'une réunion complète et solide, et alors qu'elle était encore sous l'influence de l'irritation causée par la blessure, eût participé au travail phlegmasique dont celle-ci fut le siége, et que dès lors il s'en fût suivi un résultat beaucoup moins satisfaisant.

Obs. V. Mary R***, âgée de cinquante ans, admise le 25 août 1864. Le jour précédent, elle a eu le pied droit pris dans les lames d'une machine à moissonner, qui lui coupa tous les tendons au-devant de l'articulation tibio-tarsienne, et en même temps l'artère tibiale antérieure et le nerf, et entama le tibia immédiatement au-dessus de la surface articulaire, à la profondeur d'environ un demi-pouce. Il n'y a eu à la suite que peu d'hémorrhagie, parce que les lames étant émoussées, l'artère a été déchirée plutôt que coupée nettement. Un médecin immobilisa le membre au moyen d'attelles latérales, et prescrivit l'application continue de compresses imbibées d'eau froide; mais la plaie ne fut pas réunie. A son arrivée à l'infirmerie, le lendemain, après un voyage de plusieurs milles, la malade est dans un état de prostration marquée et accuse de vives douleurs dans la plaie et l'articulation. Celle-ci ne paraissait pas avoir été ouverte au moment de l'accident; mais, en étendant le cou-de-pied pendant qu'on procédait à l'examen, une petite ouverture se fit à la capsule articulaire. Heureusement, il ne s'était pas produit de symptômes d'irritation dans la plaie, ce qui permit de la réunir par suture. Comme la température du dos du pied était déjà abaissée en raison de l'interruption de la circulation (suite de la plaie artérielle), on jugea imprudent de la déprimer encore davantage; et, en conséquence, on se borna à appliquer une petite vessie garnie de glace de chaque côté du cou-de-pied; le membre fut placé dans une gouttière en fil de fer, le pied dans une position élevée. Les forces ayant été affectées d'une manière grave, on prescrivit trois onces de vin par jour. Peu de temps après le commencement de l'application de la glace, la douleur disparut entièrement, et la nuit il y eut un sommeil profond sans le secours d'aucune préparation opiacée.

Le 26 août. Pouls à 90. Langue chargée. Garde-robe à la suite d'un lavement. 15 gouttes de teinture de perchlorure de fer trois fois par jour.

Le 29. Les sutures sont enlevées. Glace remplacée par un pansement à l'eau tiède, une très-légère escarre commençant à se former sur les bords de la plaie. Il y a, néanmoins, réunion par première intention dans une petite étendue.

Le 30. Jointure un peu douloureuse, un peu tuméfiée.

Le 3 septembre. Petit abcès au côté interne de l'articulation.

La marche ultérieure du travail de réparation fut très-lente. Après la chute de l'escarre mentionnée, il resta une plaie bourgeonnante, mais languissante, dont la cicatrisation se fit avec tant de lenteur, que la malade ne fut pas en état de quitter l'hôpital avant le 28 octobre, époque où elle pouvait marcher à l'aide d'une béquille. L'articulation était parfaitement mobile.

Remarques. Dans le traitement des plaies des articulations, le chirurgien a en vue un double but : obtenir la réunion primitive et prévenir l'arthrite. Pour en procurer la réalisation, on a proposé des moyens locaux et des moyens généraux ; et de ces moyens, les premiers, qui sont de beaucoup les plus importants, comprennent le repos, la position et l'application du froid.

L'emploi de la glace comme agent de réfrigération n'est pas une pratique nouvelle; mais cette pratique n'est pas aussi généralement adoptée que sa valeur paraît autoriser à le faire.

L'application de la glace est de beaucoup préférable à l'irrigation avec l'eau froide, d'une part, parce que par son moyen on obtient une réfrigération *sans humidité* et une température plus basse, et, d'autre part, parce que la glace peut être appliquée d'une manière à la fois et plus commode et plus efficace. Avec l'irrigation, la plaie et la peau circonvoisine sont d'une manière continue dans un état de macération, qui fréquemment a pour effet de s'opposer à la réunion immédiate et de déterminer des douleurs dans les téguments. De plus, le malade est exposé à prendre froid par suite de l'humidité dont sont constamment imprégnés ses vêtements, la literie et les pièces de pansement sur lesquelles repose le membre : dans les cas de plaies du genou ou du cou-de-pied, au moins, il est presque impossible de limiter à la partie le contact du liquide de l'irrigation, et de l'empêcher de tout mouiller dans le voisinage. Avec la glace, il n'en est pas ainsi : tout peut être tenu parfaitement sec, moyennant qu'on ait soin de renfermer la glace dans une vessie de gutta-percha, et, pour plus de précaution, de placer encore une grande feuille de cette même substance sur la partie blessée, afin de protéger celle-ci contre toute rupture accidentelle du sac à glace. Dans les cas mêmes où il est possible d'employer l'irrigation sans mouiller la plaie et les parties environnantes de la peau, la glace néanmoins serait encore préférable, en raison de l'abaissement de tem-

pérature plus considérable qu'elle détermine. Pendant la durée du traitement des cas I et II, la provision de glace étant venue plusieurs fois à s'épuiser, on eut recours, dans les intervalles, à l'irrigation comme moyen de réfrigération : jamais elle ne se montra aussi efficace à prévenir l'élévation de la température et à empêcher l'articulation de devenir douloureuse, et chaque fois le retour à la glace suffit pour déprimer le premier de ces phénomènes et faire disparaître l'autre.

La demi-anesthésie produite par la glace est généralement suffisante pour annuler la douleur jusqu'à ce que la suppuration commence; après, son influence sous ce rapport est moins décidée. Dans le but, toutefois, d'assurer au patient le plus de calme possible, il est nécessaire de remplir à nouveau la vessie dès que la glace est fondue; car, sans un abaissement de température toujours égal, la douleur n'est pas complétement réprimée; dans certains cas même, elle s'exagère, et peut-être le manque d'attention sur ce point peut, dans une certaine mesure, expliquer la difficulté qu'éprouvent certains malades d'un tempérament irritable à supporter la glace. L'abaissement de la température, loin d'être défavorable aux modifications nutritives qu'exige la réunion primitive, est, au contraire, grâce à son pouvoir de prévenir l'inflammation, un des meilleurs auxiliaires de cette réunion qui puissent être adoptés. Pendant la dernière campagne dans le Schleswig-Holstein, les chirurgiens des armées alliées appliquèrent la glace sur toutes les plaies d'articulations et presque sur tous les moignons d'amputation ; et la conclusion générale à laquelle ils sont arrivés, est que là où ce moyen fut employé, la réunion primitive a été plus fréquente et plus étendue, et la suppuration toujours moindre. Ces résultats se sont produits, soit que la glace ait été mise en usage seulement jusqu'au commencement de l'inflammation, suivant la pratique de Langenbeck, soit que l'application en ait été maintenue jusqu'à ce que la plaie fût presque entièrement réunie par seconde intention. La pratique qui consiste à continuer l'application du froid après le commencement de l'inflammation, a généralement été considérée comme dangereuse par les chirurgiens de ce pays; mais, contrairement à ce qui pouvait avoir été présumé, les cas traités conformément aux principes d'Esmarck ont eu une terminaison à peu près aussi favorable que ceux où la pratique de Langenbeck avait été adoptée.

Les plaies articulaires par armes à feu se prêtent, naturellement, beaucoup moins bien à une thérapeutique conservatrice que celles

qui consistent dans l'effet simple de l'action d'un instrument tranchant. Dans le premier cas, assurément, la plaie peut être d'une assez faible étendue relativement à l'articulation pour n'être pas très-dangereuse. Il s'est présenté, toutefois, dans la campagne dont il vient d'être question, un cas de plaie par arme à feu de l'articulation du genou d'une nature extrêmement sérieuse, dans lequel le traitement par la glace a été suivi de succès. Le blessé (c'était un jeune homme) fut frappé d'un coup de feu au côté externe de la cuisse; la balle traversa obliquement le condyle externe du fémur, le genou de haut en bas, et vint sortir à travers la tubérosité interne du tibia. La glace fut appliquée assidûment pendant plusieurs semaines jusqu'à la cicatrisation presque complète de la plaie, et il y eut à la suite guérison complète *sans* ankylose. Langenbeck fut d'opinion que, suivant toute probabilité, les membranes synoviales avaient été épargnées et que c'était là ce qui avait favorisé ce résultat heureux; mais, en même temps, il attribua le succès pour une large part à l'application de la glace continuée sans interruption depuis le commencement.

Que la glace, toutefois, puisse être insuffisante à prévenir l'inflammation, même dans les cas où il s'agit d'une plaie simple par instrument tranchant, c'est ce qui n'est pas douteux et que montre notre deuxième exemple, dans lequel, du reste, c'est un point qui a été noté et dont il y a lieu de tenir compte, l'état constitutionnel du malade était loin d'être irréprochable. Ne serait-il pas intéressant de rechercher si, oui ou non, une température plus basse que celle produite par la glace ne pourrait pas être employée avec avantage dans certains cas où, par le fait soit d'une disposition particulière de la constitution, soit de la nature de la plaie, il y a une tendance à l'inflammation plus marquée que d'ordinaire? Nous ne savons pas encore quelle est la plus basse température à laquelle il soit possible de soumettre une partie du corps à l'état normal, au moyen du froid *sec*, sans qu'il en résulte de conséquences fâcheuses pour la nutrition; encore moins connaissons-nous jusqu'à quel degré de froid pourrait être abaissée sans inconvénient une partie affectée de plaie.

S'il était reconnu qu'une température plus basse que celle produite par la glace peut être supportée, il ne serait pas difficile de la réaliser, grâce à l'emploi des divers mélanges réfrigérants, gradués selon la température requise; et l'on arriverait tout aussi facilement à empêcher ces mélanges de se trouver au contact de la plaie, en les renfermant dans des sacs de gutta-percha à parois suffisamment

épaisses, et en interposant entre le sac et la plaie une feuille de la même substance d'une dimension convenable.

Quand on a recours aux applications de glace sur une plaie, il ne faut jamais se servir des vessies ordinaires, s'il est possible de se procurer de la gutta-percha, ces vessies ayant l'inconvénient de laisser filtrer le liquide au bout d'un temps très-court, et, malgré la basse température, d'entrer rapidement en décomposition. De plus, la gutta-percha n'est pas chère, et il est très-facile d'en faire des sacs : il suffit, pour cela, d'humecter avec du chloroforme les bords des feuilles de cette substance que l'on veut réunir, et de les maintenir juxtaposées jusqu'à ce que la dessiccation de ce liquide se soit opérée.

Dans l'extraction des corps mobiles de l'articulation du genou, soit par la méthode de l'incision sous-cutanée, soit par une incision directe et à ciel ouvert, il est probable que, si l'on faisait des applications de glace d'une manière continue, jusqu'à ce que toute tendance à l'inflammation eût disparu, les accidents graves, si fréquents jusqu'ici à la suite de ces opérations, pourraient être souvent évités. Peut-être aussi ce moyen serait-il capable de rendre des services après la section sous-cutanée des tendons et plusieurs autres opérations.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement du choléra. Voici le traitement que conseille M. Foissac dans les violentes attaques de choléra :

Un des points essentiels, c'est de combattre le refroidissement et de rétablir la température vitale. Les bains chauds, employés presque comme remède unique par Hippocrate dans le choléra sporadique, n'ont pas bien réussi ; nous en dirons autant des bains de vapeur et des bains généraux, dans lesquels on délaye 500 grammes de farine de moutarde. Il est préférable de pratiquer des frictions sur les membres avec une flanelle, soit sèche, soit humectée avec un liniment contenant une partie d'ammoniaque et quatre parties d'alcool de térébenthine. Dans l'intervalle des frictions, on entoure les membres de cruchons d'eau bouillante, de sachets de sable chaud ou de plantes aromatiques. Les sinapismes agissent très-favorablement, et doivent être promenés non-seulement sur les membres, mais encore sur la colonne vertébrale, sur la région du cœur et de l'estomac ; ils contribuent à rétablir la chaleur et la vitalité de la peau, et à calmer les crampes aussi bien que les vomissements. C'est sur la peau que peut s'exercer véritablement une dérivation de l'irritation sécrétoire de l'intestin, vers lequel s'épanche la sérosité du sang et les matières liquides de toutes les sécrétions. Si les frictions et les sinapismes, aidés des médicaments intérieurs dont nous allons parler, ne suffisent pas pour rétablir la température normale, il faut, pour les cas désespérés, recourir au moyen employé par Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, notre ancien maître : On applique le long de la colonne vertébrale une flanelle, en quatre doubles, imbibée d'essence de térébenthine, sur laquelle on promène un fer à repasser suffisamment

chaud; l'effet est immanquable; on doit même craindre et éviter une chaleur trop forte.

Les cholériques sont tourmentés par une soif ardente et des vomissements répétés. Annesley préconisait, comme boisson spéciale, la limonade tartrique froide; elle peut être utile à petites doses, mais fréquemment répétées. On peut considérer comme une médication analogue la limonade sulfurique dont M. Worms forme la base de son traitement. Les médecins modernes ont reconnu l'efficacité du froid, déjà recommandé par Celse, Galien et Fréd. Hoffmann pour le choléra indigène. Nous avons employé avec succès, ainsi que plusieurs de nos confrères, une cuillerée à café de glace pilée, avec addition de deux gouttes d'alcool ou d'éther camphré, administrée tous les cinq minutes, jusqu'à la cessation des accidents. On a quelquefois donné avec moins d'avantage la potion de Rivière à doses rapprochées.

Les moyens précédents, la glace pilée avec l'esprit de camphre particulièrement, tout en diminuant et même en faisant cesser les vomissements, ne remédient pas toujours à des accidents plus graves encore : le refroidissement et la cyanose. Malheureusement, des expériences physiologiques répétées ont prouvé que, à la période asphyxique du choléra, l'absorption, phénomène essentiellement conservateur, était nulle ou à peu près nulle, tandis qu'une exhalation désordonnée, symptôme de décomposition, épuisait les malades. Dans ces circonstances, il faut recourir exclusivement aux *stimulants diffusibles* sous toutes les formes, et qu'on peut varier selon quelques indications individuelles. On prescrit les boissons chaudes, les infusions de camomille, de mélisse, de sauge, de menthe poivrée, de serpentaire de Virginie, avec ou sans alcooliques, dont on secondera l'effet en donnant la potion suivante, par cuillerée à bouche, de demi-heure en demi-heure ou de quart d'heure en quart d'heure, suivant l'imminence des accidents :

Eau distillée de mélisse.	40 gramm.
Eau de menthe poivrée.	40 gramm.
Esprit de Mindererus. .	10 gramm.
Éther sulfurique.	4 gramm.
Laudanum Sydenham. .	20 gouttes.
Sirop d'écorc. d'orang.	30 gramm.

Nous regardons la potion suivante comme une excellente préparation :

Eau distill. de mélisse.	100 gramm.
Ammoniaque.	2 gramm.
Huile essentielle d'anis ou de menthe	10 gouttes.
Sirop d'écorces d'or. .	30 gramm.

Une cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure. (*Un. méd.*)

De l'emploi des acides dans le traitement du choléra. M. Worms, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, recommande la limonade sulfurique dans les cas de diarrhée prodromique du choléra. Il emploie, selon le plus ou moins de gravité des cas, 3, 4, au plus 5 grammes d'acide sulfurique concentré dans un kilogramme de décoction de salep édulcorée à 150 grammes. Le malade prend d'heure en heure un verre de cette limonade, et se rince la bouche deux ou trois fois après l'avoir bue. Nous rappellerons à ce propos que le traitement de la diarrhée par les acides se retrouve dans les plus anciens auteurs, et lors de l'épidémie cholérique de 1832, on expérimenta avec succès en Allemagne le remède suivant :

Acide sulfuriq. à 1,845.	19	grains.
Acide nitrique à 1,500.	12	—
Sucre.	24	—
Eau.	406	—
Pour une once de liquide à 1,055. . . .	461	grains.

Une cuillerée à café de cette mixture toutes les demi-heures dans 4 à 5 cuillerées d'eau froide.

Les médecins anglais recommandent aussi beaucoup l'emploi de l'acide sulfurique dilué. M. Sproston, entre autres, dit s'être servi avec succès de la mixture suivante :

Acide sulfurique dilué.	8	grains.
Sirop de framboises. .	12	—
Acétate liq. d'ammon.	60	—
Eau distill. de menthe.	160	—

Deux cuillerées à bouche de cette mixture après chaque évacuation diarrhéique.

En France, M. Lepetit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers; Aran, à l'hôpital Saint-Antoine, n'eurent qu'à se louer de cette médication. Nous sommes donc disposé à recommander dans le traitement de la diarrhée prodromique, et même du choléra, les acides dilués ; nous disons les acides, car, dans notre opinion, il ne doit y avoir aucune différence entre les ef-

fets obtenus des divers acides employés, et si nous penchons vers l'acide sulfurique, c'est que c'est celui dont le goût est le plus agréable et que les malades prennent le plus facilement.

Bons effets du bromure de potassium dans un cas d'épilepsie. La question de l'efficacité du bromure de potassium dans l'épilepsie n'est pas résolue de même par les divers observateurs qui s'en sont occupés. Les uns refusent de reconnaître à cet agent toute espèce de valeur; d'autres semblent lui en trop accorder. Pour nous, en présence de ces affirmations contraires, nous continuons à examiner les faits qui se produisent, et tout en reconnaissant que beaucoup d'épileptiques n'obtiennent aucun soulagement de l'emploi du bromure potassique, nous en voyons d'autres qui en éprouvent une très-considérable amélioration dans leur état, sinon une guérison complète, point sur lequel le temps seul peut permettre de prononcer. Nous inférons de là qu'il y a des épilepsies susceptibles de guérir ou tout au moins de s'améliorer très-grandement au moyen de ce médicament, et nous pensons qu'il faut s'attacher à discerner et à spécifier ces sortes de cas. Or, d'après le témoignage de plusieurs praticiens, et entre autres du docteur Mac Donnell, dont nous avons publié le mémoire l'an dernier, il en est une catégorie où le bromure de potassium s'est jusqu'ici montré plus particulièrement avantageux; ce sont ceux où l'affection convulsive paraît être sous la dépendance de troubles siégeant dans le système utérin. Voici un nouvel exemple, dû au docteur L. Demeurat, de Tournan, qui témoigne en faveur de cette donnée.

Il s'agit d'une jeune personne, maintenant âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution assez forte et robuste. Tout ce qu'on sait de ses ascendants, c'est que son grand-père paternel est mort d'un cancer à la face, et que son père et sa mère, encore vivants, jouissent d'une bonne santé et n'ont jamais eu de maladie convulsive. Mais ses deux frères se sont suicidés, et il lui reste une sœur qui a eu une fille idiote et épileptique de naissance, et qui elle-même présente maintenant des symptômes d'épilepsie.

Cette jeune personne, après avoir été très-bien portante jusqu'à l'âge de dix-huit ans, eut son premier accès à cet âge, à la suite d'une vive frayeur; il n'y eut pendant longtemps que le vertige avec perte de connaissance durant environ deux minutes, sans cri initial. Après divers traitements restés inefficaces, suspension des crises pendant huit mois, à la suite de l'emploi du lactate de zinc à doses croissantes, conseillé par M. Herpin; mais cette guérison momentanée fut payée par une anémie avec aménorrhée résultant d'une véritable intoxication causée par le remède. Quand la jeune malade fut remise des effets de cette intoxication et que les règles se rétablirent, les attaques convulsives reparurent en même temps, et cette fois avec le cachet de l'épilepsie vraie : cri initial, chute, mouvements, écume aux lèvres, morsure de la langue, etc. La poudre de racine d'armoise à haute dose prescrite par M. Herpin, étant restée sans résultat, ce fut alors que M. Demeurat, frappé de la coïncidence de l'époque menstruelle avec le retour des accès, se détermina à tenter l'emploi du bromure. Il commença le 21 août 1863, à la dose de 1g.50. Le 28 septembre, il y eut un accès; à la fin de novembre, un second accès. La dose fut, à ce moment, portée à 2 grammes, et depuis lors jusqu'au 1er août 1865, c'est-à-dire dans un laps de temps de vingt mois, il n'y a pas eu une seule attaque. Toutes les fonctions s'exécutent bien : menstruation régulière, appétit, bonnes digestions, embonpoint, état moral excellent, etc. Depuis le commencement de cette année, le bromure n'est pris que pendant les quinze jours qui précèdent l'époque menstruelle, toujours à la dose de 2 grammes. (*Gaz. des hôpitaux*, 17 août 1865.)

Destruction d'une tumeur fibro-cellulaire du pharynx par l'électro-puncture. Le professeur Fischer rapporte un cas de tumeur fibreuse détruite au moyen de l'électricité, suivant la méthode mise en usage par M. Nélaton, dans un cas de polype nasal.

Un homme de quarante ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, éprouvant depuis quelque temps des douleurs en avalant, reconnut, au mois de novembre 1864, qu'il avait une tumeur au côté gauche du pharynx. Cette tumeur croissait avec rapidité, ce qui détermina le malade à entrer à l'hôpital, le 25 février dernier. A ce moment il était pâle, amaigri, sa physionomie et toute son habitude

extérieure exprimaient la souffrance. La cavité pharyngienne était occupée par une tumeur solide, attachée à sa paroi gauche et qui repoussait en avant le voile du palais, ainsi que l'amygdale du même côté, portée en dedans vers la luette déviée. L'orifice postérieur gauche des fosses nasales était obstrué également. Non sans difficulté et en faisant saigner la tumeur, le doigt pouvait arriver sur le larynx, qui se trouvait aussi repoussé vers le côté droit. La tumeur était visible extérieurement, de l'angle du maxillaire inférieure au cartilage cricoïde. Il y avait une dyspnée et une aphonie considérables, dysphagie incomplète des liquides, presque absolue, des aliments solides. Souffrances augmentant de jour en jour, mais ganglions correspondants intacts. La tumeur fut regardée comme de nature fibro-cellulaire.

L'extirpation paraissant impossible, le professeur Fischer prit le parti d'essayer de détruire la tumeur sur place au moyen de l'électro-puncture. La première application eut lieu le 26 février, au moyen d'une pile de Grove. Deux aiguilles en rapport, l'une avec le pôle zinc, l'autre avec le pôle platine, furent, à travers le voile du palais, enfoncées profondément dans la tumeur; après le passage d'un courant d'environ six minutes, les aiguilles furent implantées dans d'autres points, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les parties de la tumeur qui pouvaient être atteintes eussent été soumises à l'influence de l'électricité. Il se produisait, pendant la durée de l'action électrique, une écume blanchâtre avec une espèce de sifflement au point où était implantée l'aiguille correspondant au pôle zinc, mais aucune modification appréciable du côté du pôle opposé. L'opération dura environ vingt minutes, elle ne fut pas très-douloureuse : outre la piqûre produite par les aiguilles, le malade éprouvait seulement une sensation de brûlure modérée pendant le passage du courant. Toutefois, la nuit suivante, il y eut de vives douleurs dans la tumeur avec augmentation de la dyspnée; le lendemain la tumeur était augmentée de volume et il y avait de l'ulcération aux points où les aiguilles avaient été enfoncées.

Le 3 mars, répétition de l'opération : il se manifesta à la suite une telle augmentation de la douleur, de la dyspnée et de la dysphagie, que M. Fischer n'osait plus y revenir. Du 5 au 27 mars, l'ulcération des piqûres alla s'élargissant; l'odeur qui s'exhalait de la bouche était intolérable; les ganglions du cou s'engorgèrent; il y eut une fièvre intense. La tumeur, malgré sa gangrène partielle, continuait à s'accroître, en sorte qu'à la fin de mars, la déglutition était devenue à peu près impossible.

Mais l'état du malade, qui s'affaiblissait de plus en plus, ne permettait pas de rester inactif. Le 29 mars, une nouvelle application de l'électro-puncture fut pratiquée. A partir de ce moment, le volume de la tumeur commença à décroître, les ulcérations gagnant de plus en plus. Le malade, qui avait été réduit à un amaigrissement presque squelettique, reprit peu à peu des forces, en même temps que la dyspnée et la dysphagie diminuaient graduellement. De nouvelles séances d'électricité eurent lieu les 6 et 25 avril et le 17 mai, et à la fin de ce mois le malade pouvait être considéré comme guéri. Examiné le 2 juin, le pharynx ne présentait plus de tumeur, mais seulement un épaississement cicatriciel siégeant sur sa paroi gauche. Le voile du palais et la luette avaient repris leur place; la parole, la déglutition et la respiration étaient redevenues parfaitement libres. (*Wien. med. Wochenschrift*, et *Brit. med. Journ.*, septembre 1865.)

Du massage dans la colique néphrétique. Dans un cas de colique néphrétique, contre lequel M. Calmarza avait vu échouer les ressources de la thérapeutique, et surtout le grand bain, la nécessité de faire quelque chose pour son malade lui suggéra l'idée d'exercer des pressions sur l'uretère; il lui sembla que des manœuvres de ce genre aideraient l'urine à surmonter l'obstacle qu'elle rencontrait dans le spasme des parois du conduit et dans la présence des graviers. Ses espérances se réalisèrent; le malade fut entièrement soulagé.

Le malade est couché du côté sain et courbé un peu en avant, si le massage doit se pratiquer sur la partie supérieure de l'uretère. Le médecin enduit la paume de sa main de pommade belladonée, ou d'un autre corps gras quelconque, qui puisse en faciliter le glissement sur la peau. Il opère de la main droite sur le côté gauche du malade, et *vice versa*, et fait parcourir incessamment à sa main la partie comprise entre le rein

et le point de l'uretère où siége l'obstacle, en la dirigeant toujours de haut en bas.

Comme le siége du mal est profond, et par suite peu accessible à l'agent comprimant, le massage doit se pratiquer surtout avec la partie postérieure de la paume de la main, à laquelle on transmet le poids du corps, spécialement chez les sujets obèses. Sous l'action du massage ainsi pratiqué, non-seulement l'urine parvient à franchir l'obstacle à son cours, résultat qui s'accompagne de la cessation de la douleur et d'un bien-être brusque, mais encore il arrive souvent que l'uretère se dilate assez pour permettre aux graviers engagés d'être entraînés jusque dans la vessie.

La durée de ces manœuvres de massage est généralement de une à cinq minutes.

Si l'on n'est pas assez heureux pour obtenir le second des avantages du massage, c'est-à-dire la descente des graviers dans la vessie, une nouvelle série de douleurs atroces torture le patient, jusqu'à ce que les graviers parviennent dans la vessie, soit par un nouveau massage, soit avec le secours renouvelé des bains, soit par un travail naturel.

S'il n'est ni un moyen infaillible, ni le meilleur des moyens à opposer à la colique néphrétique, le massage a au moins l'avantage de pouvoir être mis immédiatement en pratique en attendant l'emploi d'autres agents. (*España medica* et *Abeille méd.*, août 1865.)

Tétanos traumatique guéri par des lotions de tabac sur la blessure point de départ du tétanos. Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, peintre, lequel fut amené à l'hôpital de Jervis-street dans un état d'extrême prostration, avec du trismus, les muscles dorsaux et cervicaux très-rigides. Il avait conservé sa connaissance, mais pouvait à peine articuler quelques paroles, dans l'impossibilité où il était de desserrer les dents. Il était baigné d'une sueur froide ; son pouls était à 95, faible et intermittent.

Ce tétanos était survenu à la suite d'une plaie contuse fort légère que le malade s'était faite à l'aile du nez douze jours auparavant. Pour agrandir les surfaces d'absorption, comme la plaie était de très-peu d étendue, on fit à l'aide d'eau bouillante et de collodion vésicant, une très-forte vésication sur l'aile du nez, la joue et la partie postérieure du cou. On fit une infusion au vingtième de feuilles entières de tabac: on appliqua l'eau et les feuilles (on avait employé 30 grammes de tabac). La nuit fut mauvaise, la rigidité avait augmenté, elle s'étendait à presque tout le corps. On fit une nouvelle application de tabac. Vers le soir, le pouls s'était un peu relevé, on put faire desserrer un peu les dents au malade; on put lui faire prendre très-difficilement une potion avec teinture d'opium et eau-de-vie. Pendant les premières heures de la nuit, le malade se réveillait en sursaut avec agitation ; vers la fin de la nuit, il s'endormit. Le surlendemain, la roideur avait un peu diminué; mais le malade était pris de délire avec agitation et cris; le pouls était remonté à 102.

Quand le délire cessa, deux jours après, la roideur avait beaucoup diminué, et l'amélioration se prononça de jour en jour. On avait pendant tout le temps de la maladie, soutenu le patient en l'alimentant à l'aide de la sonde œsophagienne.

Lorsque le tétanos eut complétement cessé, le malade, pris de frissons, eut une broncho-pneumonie intense; dont il guérit cependant. (*Journal de médecine de Bruxelles.*)

Des injections avec une solution de chlorure de sodium contre les hémorrhagies qui suivent l'iridectomie. Parmi les formes d'iritis les plus rebelles au traitement, il faut compter celles qui s'accompagnent d'une production de tissu cellulaire nouveau, saillant, sous la forme d'une croûte, à la surface postérieure de l'iris, qui s'atrophie consécutivement. Quoiqu'on puisse avoir réussi à vaincre les difficultés de l'établissement d'une pupille artificielle, l'épanchement sanguin qui alors survient toujours, n'en est pas moins défavorable à la guérison On sait, en effet, que ce sang, immédiatement coagulé, ne se résorbe que très-lentement. En raison de la position du point où il s'écoule, il remplit aussitôt la nouvelle pupille, et souvent la chambre antérieure tout entière. Lorsqu'il disparaît par résorption, on voit alors la nouvelle pupille obstruée par un exsudat, car le sang, en se feutrant avec le tissu iridien, l'irrite et l'enflamme.

Dans un cas de ce genre, M. Hey-

mann a été amené à employer, pour évacuer le sang, un moyen ordinairement inusité. On sait que, si l'on écarte les lèvres de la plaie cornéenne, il s'en échappe un peu de sérosité : si l'on saisit le caillot avec les pinces, il est trop mou pour suivre les tractions ; enfin, si l'on réussit à en extraire une portion avec la curette de Daviel, elle est bientôt remplacée par une nouvelle quantité de sang extravasé. Il s'agit par conséquent, de réparer aussitôt le vide qu'on détermine de cette façon, afin de maintenir la tension intra-oculaire et de prévenir de nouvelles hémorrhagies. Le meilleur moyen de remplir cette condition est d'injecter une solution de sel de cuisine.

Dans un cas où une extraction linéaire double avait donné lieu à une iritis de cette espèce et où l'on commençait à percevoir les signes d'une atrophie commençante, l'essai de ce moyen fut fait sur l'œil le plus mauvais, où ne s'observait plus qu'une perception quantitative très-incertaine des rayons lumineux. Une solution saline fut préparée et maintenue à la température du sang dans une seringue de Pravaz, et après avoir donné issue avec la curette de Daviel à la plus grande quantité possible de sang, injectée immédiatement goutte à goutte. Le malade n'accusa qu'une sensation particulière de fraîcheur dans l'œil, qui ne pouvait être transmise par la conjonctive, vu que la solution ne coulait pas au dehors. Voyant qu'elle était bien supportée, M. Heymann injecta plus hardiment, mais avec lenteur, la moitié d'une seringue ; de telle sorte qu'il se produisit un écoulement continu des liquides qui circulaient dans la chambre antérieure. Après trois de ces injections, presque tout le sang était dissous et entraîné hors de l'œil. (*Annales d'oculistique.*)

Efficacité de l'électuaire de quinquina et de soufre dans la bronchite chronique. On sait généralement que les meilleurs agents thérapeutiques dont l'art dispose contre la bronchite, si grave chez les vieillards et chez les sujets affaiblis, sont les toniques amers, tels que le lichen, l'hysope, le polygala, le quinquina, les eaux sulfureuses et les balsamiques. Pour trouver un remède qui modifie à la fois la sécrétion morbide des bronches, facilite l'expectoration, régularise les fonctions digestives, agisse comme tonique général et qui puisse être administré pendant un temps assez long sans fatiguer les malades, M. le docteur de Smet a combiné le quinquina et le soufre dans la préparation suivante :

S'il y a chez le malade prédisposition à la diarrhée, ce médecin prescrit :

Poudre de quinquina très-ténue. . . . . 10 grammes.
Fleurs de soufre dépurées. . . . . . 10 —
Sirop d'althéa Q. S. pour faire un électuaire.

S'il n'y a pas tendance à la diarrhée, M. de Smet réduit la poudre de quinquina à 5 grammes. Le malade prend une cuillerée à café de cet électuaire le matin, une deuxième avant midi, une troisième dans l'après-dînée et une quatrième le soir. La préparation est épuisée ordinairement en deux jours. On en continue l'emploi tant qu'il est nécessaire, c'est-à-dire quinze jours ou trois semaines en moyenne. Ce temps suffit pour apporter dans l'état des malades des modifications qu'attestent près de cinquante observations recueillies par l'auteur et le rapport très-favorable rédigé sur son travail par M. Ingels au nom d'une commission dans laquelle figuraient MM. Leselliers et Stockman. (*Annales de la Société de médecine de Gand.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Traitement de la blennorrhagie par l'essence de santal. Pour compléter les renseignements que nous donnions dernièrement, d'après M. Henderson, sur les bons effets qu'on peut obtenir de l'essence de santal jaune dans le traitement de la blennorrhagie, nous avons à faire connaître les résultats d'expériences faites à Paris à l'aide de cet agent par un chirurgien des hôpitaux.

M. le docteur Panas a employé l'essence de santal jaune dans quinze cas de blennorrhagie, les unes anciennes et déjà traitées par d'autres moyens, les autres récentes et n'ayant encore été soumises à aucune espèce de traitement.

Dans tous les cas, les phénomènes inflammatoires ont été promptement modifiés : la douleur a cessé au bout de deux ou trois jours ; l'écoulement a subi une modification plus rapide encore, car, au bout d'un jour ou deux, de muco-purulent, épais et jaunâtre qu'il était, il est devenu séreux et transparent. Seulement, chose à noter, mais qui, du reste, n'a rien de particulier à l'agent dont il est ici question, ce résultat obtenu, l'essence de santal jaune paraît y arrêter son action, maintenant ses effets, mais n'allant pas plus loin ; en sorte qu'il a fallu attendre deux et trois semaines, parfois davantage, pour obtenir une guérison définitive, et que, dans certains cas, il a même été nécessaire de recourir à d'autres moyens, à des injections astringentes.

Le meilleur mode d'administration est la forme capsulaire, chaque capsule contenant huit gouttes ou 0gr,40 d'essence ; la dose ordinaire est de dix capsules par jour, et l'on peut la porter plus loin sans qu'il s'ensuive quoi que ce soit de fâcheux. Sous cette forme, qui est certainement préférable à celle employée par M. Henderson, les malades s'accommodent très-bien de ce médicament. Son odeur aromatique passe dans les urines, mais ne paraît pas imprégner les exhalaisons cutanée et pulmonaire. S'il est exempt de l'inconvénient de déterminer des éruptions à la surface de la peau, ayant d'ailleurs l'avantage de ne pas causer de fatigue des voies digestives, comme le font le cubèbe et surtout le copahu, peut-être le nouvel agent anti blennorrhagique sera-t-il trouvé digne de prendre droit de cité dans la matière médicale. Son seul défaut, d'après M. Panas, est de coûter fort cher; mais ce défaut est de nature à disparaître, si l'essence de santal gagne la faveur des praticiens et vient à être employée sur une grande échelle. (*Soc. impér. de chir.*, 20 septembre.)

Observation d'ovariotomie suivie de guérison. Le sujet de cette observation est une fille âgée de quarante ans, d'une constitution médiocre, mal réglée et ayant été atteinte, à la suite de contrariétés et de chagrins, d'une aliénation mentale pour laquelle elle fut admise à l'asile de Montpellier pendant cinq ans, et où elle resta ensuite comme employée. Il y a environ vingt ans que l'abdomen commença à se développer lentement et progressivement, et à être le siége de quelques douleurs, surtout à l'époque des règles. De la toux et quelques crachements de sang témoignaient d'un mauvais état des organes pulmonaires.

Un examen, pratiqué au mois de janvier 1864, de l'état du ventre, fit reconnaître une tumeur fluctuante au-dessous du détroit supérieur. L'utérus, situé en arrière de la tumeur, est mobile et à l'état normal. Le ventre, régulièrement globuleux, offre le même volume qu'au neuvième mois de la grossesse. La circonférence mesure un mètre au niveau de l'ombilic. Le diagnostic résultant de cet examen se résume par : kyste de l'ovaire gauche probablement sans adhérence aux parois abdominales ou aux organes intra-abdominaux.

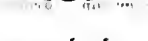
Après quelques préparations préliminaires, M. Courty, assisté de plusieurs professeurs, agrégés et internes de Montpellier, procède à l'opération le 25 juillet 1865.

L'abdomen, largement ouvert, découvre un kyste offrant sur ses parois des veines superficielles très-développées. La ponction faite amène la sortie de 15 litres de liquide séreux. Le pédicule de la tumeur, très-large et très-court, est fortement saisi et arrêté entre les pinces du *clamp* de M. Spencer-Wels et coupé au-dessus de la constriction. Après avoir débarrassé avec le plus grand soin la cavité abdominale du sang fourni par l'incision, etc., et s'être assuré que l'ovaire droit et l'uterus sont parfaitement sains, l'opérateur ferme la plaie au moyen de deux sutures l'une interne et l'autre superficielle. Malgré un nouvel accès de manie furieuse, survenu après cette opération, et une série de symptômes très-alarmants du côté des organes respiratoires, la guérison a marché rapidement et, le 20 août, la plaie est presque complétement cicatrisée ; l'appétit est rétabli, toutes les fonctions s'accomplissent normalement, et l'aliénation mentale a une tendance marquée vers la guérison. M Courty, dans la lettre qui accompagne l'envoi de ce travail, s'exprime ainsi :

« Je puis dire que jusqu'ici mes propres observations et quelques autres dont j'ai eu connaissance, semblent démontrer que dans le midi de la France, comme en Angleterre et à Strasbourg, l'ovariotomie réussit deux fois sur trois lorsqu'on ne choisit pas les cas, et trois fois sur quatre lorsqu'on peut les choisir. » (*Académie des sciences.*)

Nouvelle aiguille à cataracte. M. le docteur Lanne présente à l'Académie une nouvelle aiguille à cataracte fabriquée par M. J. Charrière; cette aiguille est coudée de façon à permettre au chirurgien placé devant le malade d'opérer avec sa main droite les deux yeux de ce dernier; lorsqu'on veut opérer l'œil droit, l'aiguille doit être introduite du côté interne de l'œil, à la distance ordinaire de la cornée, et grâce à sa forme et à ses dimensions, on peut faire toutes les manœuvres nécessaires, sans être gêné par le nez du malade.

Cette aiguille a 19 millimètres de sa pointe à l'olive, sa longueur totale, 25 millimètres. (*Académie de médecine.*)



VARIÉTÉS.

Nouvelles du choléra : A Paris, le choléra suit une marche lente, mais progressive et croissante. D'abord borné aux 17e et 18e arrondissements, il règne actuellement dans tous les quartiers de Paris. Le chiffre des entrées aux hôpitaux Beaujon et Lariboisière est resté stationnaire, mais il augmente d'une façon considérable à l'Hôtel-Dieu et à la Charité. Saint-Antoine et la Pitié ont, depuis quelques jours, reçu un certain nombre de malades. Outre les malades venus du dehors, un certain nombre de cas de choléra se sont déclarés dans les salles des deux hôpitaux, notamment chez les phthisiques, les convalescents de fièvre typhoïde et de rhumatisme articulaire. D'après l'avis unanime des médecins des hôpitaux, l'administration a isolé dès le commencement les cholériques dans des salles spéciales, et l'on pourra bientôt apprécier les effets de cette mesure.

Les nouvelles qui nous arrivent du Midi de la France sont tout à fait satisfaisantes. Le choléra a presque disparu de Marseille et de Toulon; il n'y a pas de nouvelles localités envahies.

L'Espagne seule est encore cruellement frappée.

Quelques cas isolés ont été, dit-on, signalés en Angleterre.

Ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Cabrol (Jean-François), médecin principal de 1re classe; chevalier du 10 mai 1852 : 31 ans de services, 15 campagnes.

Au grade de chevalier : M. Potier (Marie-Louis-Ferdinand), médecin-major de 2e classe au 14e régiment d'infanterie : 20 ans de services, 6 campagnes.

Le concours annuel pour les prix de la Faculté de médecine de Paris s'est terminé de la façon suivante :

Deux médailles d'argent ont été décernées, l'une à M. Pelvet, de Reims, interne à l'Hôtel-Dieu; l'autre à M. A. Paquet, de Roubaix, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Deux mentions honorables ont été accordées à M. Hemey, interne à la Pitié, et à M. Lemaire, lauréat de l'Institut, interne à l'hôpital Lariboisière.

Le concours pour l'internat sera ouvert à l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, le lundi 23 octobre 1865, à midi précis.

L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 26 octobre 1865, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Les affiches des concours pour l'externat et l'internat portent les mentions suivantes : Pour être admis à concourir à l'externat, les élèves doivent avoir dix-huit ans au moins et vingt-cinq ans au plus.

Pour être admis au concours de l'internat, MM. les élèves externes ne doivent pas être âgés de plus de vingt-huit ans.

Le registre d'inscription sera ouvert jusqu'au mercredi 11 octobre inclusivement.

Par suite du décès de M. Bauchet :

M. Foucher, chirurgien de l'hôpital du Midi, passe à l'hôpital Saint-Antoine;

M. Dolbeau, chirurgien de Lourcine, passe à l'hôpital du Midi;

M. A. Després, chirurgien du Bureau central, passe à l'hôpital de Lourcine ;

Par suite du décès de M. Beau :

M. Monneret, médecin de l'Hôtel-Dieu, passe à l'hôpital de la Charité;

M. Vernois, médecin de l'hôpital Necker, passe à l'Hôtel-Dieu ;

M. Potain, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, passe à l'hôpital Necker ;

M. Millard, médecin de l'hôpital des Enfants malades, passe à l'hôpital Saint-Antoine ;

M. Chauffard, médecin de l'hospice Larochefoucauld, passe à l'hôpital des Enfants malades ;

M. Luys, médecin du Bureau central, passe à l'hospice Larochefoucauld.

Les élèves de la Faculté de médecine de Montpellier viennent de donner un louable exemple de dévouement en se mettant à la disposition des autorités des villes dans lesquelles le choléra s'est manifesté. Cet acte d'abnégation est d'autant plus à signaler, que ces jeunes gens ont dû, pour se rendre au poste où le devoir les appelait, renoncer aux quelques jours de repos qu'ils se proposaient de prendre dans leurs familles, après une année d'études.

Trois élèves, MM. Watering, Vallat et Benoît, sont entrés comme internes à l'hôpital d'Arles. Treize autres sont successivement partis pour former des ambulances à Toulon. Ce sont MM. Massol, Autard, Hyppolite, Lannelongue, Loisel, de Saulnays, Girard, Azémar, Ferran, Jansion, Fale, Gillet et Gayat. A ces élèves a voulu se joindre M. Masse, ex-chef de clinique, actuellement prosecteur de la Faculté.

La Société centrale de médecine du département du Nord pour son concours annuel de l'année 1865, a décerné les prix suivants :

1° Médecine. — Prix : une médaille d'or, à M. le docteur Chatard, médecin

de l'hôpital des Enfants à Bordeaux, pour son mémoire sur le traitement rationnel de l'hémorrhagie cérébrale.

2° Chirurgie. — 1er prix : une médaille d'or et la somme de 200 francs, à M. le docteur Rheindorf, de Neuss, province rhénane (Prusse), pour son mémoire sur l'ophthalmie sympathique.

2me prix : une médaille d'argent et le titre de membre correspondant, à M. le docteur Dechaux, de Montluçon (Allier), pour son mémoire sur les plaies de la main et des doigts.

3° Accouchements. — 1er prix : médaille d'or, à M. le docteur Nivert, de Tours, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire sur la valeur du palper abdominal.

2me prix : une médaille d'argent et le titre de membre correspondant, à M. le docteur Edmond Belin, de Colmar (Haut-Rhin), pour son mémoire sur la même question.

Un de nos confrères de Paris, M. le docteur Rourette, qui était allé soigner les cholériques de Toulon, vient de succomber dans cette ville à une attaque foudroyante de choléra.

Le corps médical de l'Italie a payé sa dette de dévouement aux cholériques d'Ancône. MM. les docteurs Bruscolini, Jean Corbilier, Marchetti, Gaetan Persichetti, Piccinini, César Polloni, Stephanini, sont morts victimes de l'épidémie qu'ils allaient combattre.

Les hôpitaux de Marseille ont perdu un de leurs meilleurs élèves. M. Louis Mathieu, interne, a succombé aux atteintes du choléra, dans l'exercice de ses fonctions.

Le corps médical et l'administration des hôpitaux se sont associés au dernier hommage rendu à ce nouveau martyr du devoir.

La même épidémie vient de faire une victime nouvelle parmi les médecins de cette ville, le docteur Honoraty qui a succombé, à l'âge de soixante ans, à l'excès de zèle qu'il a développé dans l'exercice de sa profession.

M. J. Charrière, qui continuait si honorablement l'œuvre de son père, vient d'être enlevé en quelques jours par une pneumonie. Par son aménité, et l'honorabilité de son caractère, M. J. Charrière s'était acquis les sympathies de tous les médecins de Paris, qui ont assisté en grand nombre à ses obsèques.

Nous avons à annoncer la mort de :

M. Alquié, professeur à la Faculté de Montpellier ;

M. Trébuchet, secrétaire du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, membre associé libre de l'Académie impériale de médecine ;

Et de M. Lereboullet, doyen de la Faculté des sciences de Strasbourg.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des éléments thérapeutiques d'un climat au point de vue de la phthisie (¹).

Par M. le professeur Fonssagrives.

Ce sujet d'hygiène thérapeutique est d'une importance pratique qui n'a d'égale que son extrême difficulté; la quantité considérable de matériaux, scientifiques ou intéressés, accumulés autour de cette question; des jugements d'ensemble formulés sans le secours de l'analyse sur des problèmes qui sont essentiellement complexes de leur nature; l'absence de statistiques rigoureuses et portant sur des faits pathologiques comparables; la pensée fausse que le climat est un médicament en quelque sorte spécifique qui peut remplacer tous les autres, et les espérances mal fondées ou les déceptions qui en découlent; tels sont les motifs principaux de la désolante obscurité qui couvre encore cette question, que les malades et bon nombre de médecins croient résolue. Elle se pose avec un véritable caractère d'urgence aujourd'hui que le monde des phthisiques, stimulé par la facilité des communications et par la passion des voyages qui se généralise de plus en plus, émigre en masse sur la foi des promesses qu'on lui fait, et cherche, par des stations successives sous des latitudes diverses, à se composer ce climat idéal grâce auquel il espère fermement retrouver la santé.

Nous ne sommes nullement sceptique en thérapeutique, nous l'avons peut-être prouvé dans un travail où, sondant les causes de ce scepticisme particulier, nous avons démontré qu'il a presque toujours pour racines le défaut de savoir, l'inexpérience et l'absence d'examen (²), mais nous sommes ennemi des exagérations thérapeutiques, des assertions sans preuves qui discréditent la valeur d'un moyen, en le transformant en une sorte de panacée à laquelle nulle phthisie ne résiste. Il fut un temps où il fallait pousser hors de chez lui le poitrinaire riche et l'acheminer, par une sorte de contrainte morale, vers le midi de la France; aujourd'hui il faut plutôt le re-

---

(¹) Ce chapitre est extrait d'un livre intitulé : *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire basée sur les indications*, qui va paraître sous quelques jours à la librairie de J.-B. Baillière et fils.

(²) Fonssagrives, *Du scepticisme en thérapeutique, de ses causes, de ses conséquences, et des remèdes qu'il convient de lui opposer*. (*Bulletin de Thérap.*, 1861, t. LXI, p. 193, 241.)

tenir, et lui montrer qu'il convient de ne pas se décider sans réflexion à émigrer et qu'il doit surtout bien choisir sa résidence. Un climat est un médicament et souvent un médicament énergique; il a donc, suivant sa nature et suivant la maladie à laquelle on l'applique, des indications et des contre-indications qui, sous peine d'empirisme, demandent à être soigneusement déterminées. C'est ce que nous allons essayer de faire.

Etablissons d'abord avec soin la *notion* du climat en hygiène thérapeutique. Il faut entendre par là cet ensemble de conditions atmosphériques ou terrestres qui fait d'une localité un modificateur hygiénique susceptible de concourir au rétablissement de la santé. « Le climat, a dit excellemment Réveillé-Parise, n'est pas seulement le froid et le chaud; c'est un être collectif qui se compose de la température, de la lumière, de l'électricité, de la sécheresse, de l'humidité, des mouvements de l'air, de la nature des lieux, des productions du sol, de la situation du terrain et de la culture [1]. » Nous ajouterons d'autres éléments très-importants au point de vue de l'hygiène thérapeutique, à savoir : l'altitude, la direction des vents régnants, la présence ou l'absence d'abris contre chacun d'eux, la position continentale, riveraine ou insulaire, etc. Que d'éléments réunis pouvant, par les combinaisons en quelque sorte infinies de leurs variétés, introduire des modifications dans la constitution climatérique de chaque pays ou plutôt de chaque localité ! Frappé de l'impossibilité de généraliser en pareille matière, un hygiéniste distingué, Fleury, a nié la possibilité et l'utilité d'une climatologie générale, et a admis qu'il n'existait qu'une *climatologie restreinte*, une climatologie des localités. « Le point le plus circonscrit du globe, dit-il, présente un ensemble quelconque de phénomènes météorologiques; tout ensemble de phénomènes météorologiques exerce sur les êtres organisés soumis à son action une influence quelconque qui est représentée par le rapport existant entre l'organisme et le milieu au sein duquel il est plongé, et si cette influence peut varier quant à sa *qualité*, à ses manifestations secondaires, elle est à peu près toujours la même quant à sa *quantité*, c'est-à-dire quant à ses effets fondamentaux. La question des climats consiste évidemment à rechercher quels sont les points du globe offrant un ensemble de phénomènes météorologiques exerçant une influence *identique*, ou *à peu près la même*, sur les êtres organisés soumis à son action, et nous prétendons que cette *identité*

[1] Réveillé-Parise, *Traité de la vieillesse*. Paris, 1853, p. 312.

n'existe pas, non-seulement si l'on considère des régions comprises entre deux cercles parallèles à l'équateur, mais même si on la cherche dans des points quelconques du globe terrestre, l'ensemble des conditions météorologiques ne restant le même que dans les localités circonscrites par des limites très-resserrées [1]. » Cela est vrai, surtout du climat envisagé comme élément de la thérapeutique de la phthisie. Deux localités de même latitude, offrant des moyennes thermométriques annuelles saisonnières ou nycthémérales très-analogues, ayant la même altitude, placées à égale distance de la mer, peuvent exercer sur les poitrines délicates des influences diamétralement opposées. Il y a plus, deux parties d'une même ville présentent quelquefois, suivant qu'elles sont ou non abritées de vents froids, des dissemblances analogues. Il ne s'agit point ici, nous le démontrerons bientôt, de subtilités thérapeutiques, mais de très-sérieuses réalités qui pèsent lourdement sur la santé et le bien-être des malades.

Autre chose, il faut bien se le persuader, est de tracer la climatologie générale d'une zone au point de vue météorologique, ou de prétendre embrasser, dans une même formule, l'influence que l'habitation de cette zone peut exercer sur les phthisiques. Légitime dans le premier cas, cette généralisation peut être essentiellement fautive dans le second. Un exemple fera mieux saisir notre pensée. Certainement, dans sa belle étude sur les climats de la France, le professeur Martins [2] a été très-rationnellement conduit à faire du climat provençal ou méditerranéen une *espèce climatérique* ayant des caractères tranchés; un peu plus de chaleur que le climat girondin, une quantité annuelle de pluie considérable, une prédominance du vent de nord-ouest ou mistral, etc.; ce sont là des traits généraux qui appartiennent réellement à cette zone, mais l'homogénéité *météorologique* des localités qu'elle embrasse ne suppose pas nécessairement leur homogénéité *thérapeutique*. C'est parce que cette distinction nécessaire n'a pas toujours été faite, que la plupart des villes du littoral méditerranéen ont été considérées, *in globo*, comme des stations utiles pour les tuberculeux. Il en est de bonnes sur le nombre; il en est de médiocres; il en est de détestables, et le classement hygiénique commence à s'en opérer d'une manière judicieuse. Au reste, il importe, sous peine de mécomptes, de bien

---

(1) Fleury, *Cours d'hygiène fait à la Faculté de médecine de Paris*, 1852-53, t. I, p. 322.

(2) Ch. Martins, *Météorologie de la France*. (*Patria*, 1847, p. 176.)

établir ce fait, qu'il n'y a pas de refuge climatérique qui soit irréprochable. Les climats, comme les caractères, ont les défauts de leurs qualités et les qualités de leurs défauts; un climat qui présenterait pondérés dans une heureuse proportion tous les éléments météorologiques utiles, et amoindris, autant que possible, ceux qui sont fâcheux, est un climat idéal qu'on peut chercher longtemps avant de le rencontrer. En cette matière, comme en toute autre chose, la perfection est introuvable; il n'est guère cependant de station hibernale qui ne présente un programme aussi séduisant, mais il faut y regarder de très-près avant de l'accepter. Traçons donc le portrait de ce refuge climatérique type, et nous dirons ensuite auquel de ses éléments il convient d'attacher surtout de l'importance.

Une température modérée, exempte de toutes oscillations brusques; une transition ménagée entre les saisons; une constance thermologique très-grande, non-seulement d'un jour à l'autre, mais d'une période d'une journée à une autre période; des abris disposés de telle façon, par rapport aux vents saisonniers habituels, que la température en soit rafraîchie l'été, attiédie l'hiver; peu d'humidité; peu d'orages; peu de vent; des altitudes dans le voisinage, de façon à permettre d'échapper aux chaleurs de l'été; un sol sec ne conservant pas l'humidité; un ciel habituellement serein; un site pittoresque; des distractions en rapport avec la vie d'un valétudinaire; tel devrait être ce climat idéal. Mais il s'agit ici de thérapeutique réelle, et non de thérapeutique fantaisiste. Un climat est un médicament dont il faut savoir se servir; employé d'une certaine façon, il est utile; employé d'une autre façon, il sera désavantageux, et il faut qu'un phthisique qui émigre vers le Midi, sache bien que si le climat peut contribuer à son mieux-être, il y contribuera surtout lui-même par son attention à tirer parti des bonnes conditions qu'offre ce climat, et à neutraliser les mauvaises.

Cela posé, nous estimons que tout climat qui aura ces quatre caractéristiques : 1° moyenne hibernale assez élevée et moyenne estivale modérée; 2° absence de vicissitudes thermologiques brusques et étendues; 3° grand nombre de jours exempts de pluie et de froid ou de vent excessif; 4° absence de poussière; et qui permettra au malade quelques heures de promenade à pied chaque jour, sera, par cela seul, un refuge climatérique qui lui sera profitable s'il le veut, c'est-à-dire s'il est prudent et docile.

Les phthisiques qui viennent du nord de la France sont trop disposés en effet à penser que le séjour dans une station hibernale leur

tient lieu de tout, de médicament comme de précautions, et il faut les prémunir contre cette préjudiciable erreur.

§ 1. Moyennes saisonnières modérées. — C'est là, on le conçoit, la première condition à rechercher. Le phthisique qui émigre, sort de chez lui avec la pensée d'aller chercher des hivers moins froids et des étés moins chauds, et les points vers lesquels il se dirige doivent lui offrir ce double avantage; il le trouve rarement dans la même localité, mais il peut le réaliser, s'il reçoit une direction intelligente, et par des migrations bien combinées. Lorsqu'il cherche une résidence fixe dans laquelle il puisse habiter toute l'année, les localités du Midi qui offrent des altitudes variées lui donnent, sous ce rapport, des facilités particulières pour avoir des températures hibernales et estivales modérées.

§ 2. Uniformité de la température. — La constance de la température d'une localité déterminée peut s'entendre : 1° du peu d'écart qui existe entre la température minima et la température maxima de l'année et des mois; 2° entre les moyennes de chaque température saisonnière; 3° entre les températures maxima et minima de la période de la journée pendant laquelle le soleil est au-dessus de l'horizon ; 4° entre la moyenne du jour et celle de la nuit ; 5° de la transition lente et graduelle d'une saison à une autre saison ; 6° de l'absence de vicissitudes thermologiques brusques et étendues, survenant le même jour et sous l'influence de phénomènes météoriques (changement de direction du vent, orages, etc.).

I. *Oscillations entre les maxima et les minima de l'année.* — Ces oscillations importent peu à la valeur hygiénique d'un refuge pour les phthisiques; le plus habituellement, en effet, ils ne vont y passer qu'une seule saison, et ne sont pas en butte, par conséquent, à ces oscillations thermométriques. Ceux-là seuls, qui résident toute l'année dans les stations hibernales, ont à prendre en considération cet élément du climat, et encore perd-il sigulièrement de son importance quand on songe que les deux termes opposés de ces oscillations appartiennent à des saisons éloignées, et que les vicissitudes thermométriques rapides sont réellement les seules à craindre. S'il en était autrement, il ne serait guère, en effet, de station hibernale que l'hygiène fût en droit de patronner. C'est ainsi que le climat de Pau, dont l'utilité pour les poitrinaires est consacré par une sorte de notoriété, a offert, de 1854 à 1864, un minimum absolu de — 12° c., et un maximum absolu de +36° c. ; c'est-à-dire un écart de +48° c.; le climat de Nice offre une différence estivo-hibernale de 23°,2; celui de Menton, une différence de 21°,8; celui de Cannes, une

amplitude d'oscillations extrêmes mesurées par 22°, etc. Toutes les localités méridionales ont des climats *excessifs*, c'est-à-dire des températures estivales élevées, et des températures hibernales très-basses ; seulement celles-ci ne sont pas fréquentes, si nous en exceptons, toutefois, Pau, assez bonne station à certaines époques de l'année, mais qui, à d'autres époques, est signalée par des abaissements de température considérables. Ottley a constaté en effet que, vingt-cinq jours par an, le thermomètre s'y abaissait à 0° ; et Taylor [1], que, pendant les années 1837, 1838 et 1839, le minimum moyen avait été de—7°,8, et que la moyenne des jours de neige pendant cinq ans avait été 11, et celle des jours de gelée, 22. Ces faits, s'ils ne sont pas indifférents pour le choix d'une résidence hibernale, doivent être pris en plus sérieuse considération quand il s'agit d'une résidence fixe. Il est certain que dans ce cas Pau, dont le climat est thermologiquement plus tourmenté que celui de Menton, de Cannes et même de Nice, ne saurait nullement convenir aux tuberculeux.

II. *Amplitude des oscillations entre les maxima et les minima de chaque mois et des différents mois entre eux.* — Ici, sans être entrés encore dans le vif de cette question d'hygiène thérapeutique, nous en approchons sensiblement. On conçoit, en effet, que le peu d'amplitude de ces oscillations indique déjà une constance notable de température. A Pau, ces variations, relevées sur une période de dix ans (de 1854 à 1864), ont fourni les écarts suivants :

Janvier............	21°	Juillet..............	20°
Février............	19°,1	Août...............	20°,5
Mars...............	20°,6	Septembre..........	19°,7
Avril..............	20°,5	Octobre............	20°,5
Mai................	21°,2	Novembre...........	19°,7
Juin...............	22°,7	Décembre...........	19°,1 [2]

La moyenne de l'amplitude de ces oscillations mensuelles a été pour toute l'année de 20°,4 ; calculée seulement pour les trois premiers mois de l'année météorologique (décembre, janvier et février), elle donne pour moyenne 19°,4. Cette même moyenne, calculée pour Cannes, donne 16°,6 pour toute l'année, et 15°,3 pour les mois d'hiver seulement. Le climat de Nice présente 19°,4 pour moyenne

---

(1) Cité par le docteur de Valcourt, *Climatologie des stations hivernales du midi de la France*. Paris, 1865. — Ouvrage très-scientifique, riche en documents météorologiques précis, et auquel nous avons fait de nombreux emprunts de chiffres.

(2) De Valcourt, *loc. cit.*

des oscillations mensuelles entre les minima et les maxima des douze mois, et 15°,7, si on n'envisage, à ce point de vue, que les écarts thermologiques des mois d'hiver. Ce qui frappe, tout d'abord, dans ces chiffres, c'est la différence sensible qui existe entre l'hiver et les trois autres saisons réunies, mais cela n'a rien d'étonnant, puisque chaque saison forme un tout thermologique plus homogène qu'un groupe de mois réunissant les trois autres.

Si maintenant nous nous occupons de la comparaison de l'amplitude des oscillations des maxima et des minima dans les différents mois, nous trouverons pour Nice et pour Pau, choisis comme exemples, les chiffres suivants :

LOCALITÉS.	DÉCEMBRE.	JANVIER.	FÉVRIER.	MARS.	AVRIL.	MAI.	JUIN.	JUILLET.	AOUT.	SEPTEMBRE.	OCTOBRE.	NOVEMBRE.
Nice.....,	18°,1	21°	18°,9	19°,8	21°,2	25°,5	17°,2	15°,5	17°,5	21°,7	17°,5	25°,2
Pau.......	10°,1	21°	20°,6	10°,1	20°,5	21°,2	22°,7	20°	20°,5	10°,7	20°,5	10°,7

Le mois de mai scrait le plus variablo, viendrait ensuite le mois de novembre, puis le mois de septembre, le mois d'avril, le mois de janvier, le mois de mars, le mois de février, le mois de décembre, le mois d'octobre et le mois d'août, puis enfin le mois do juin (Nice). Envisagées pour Pau, cos amplitudes des maxima et dos minima mensuels placent les mois dans un ordro un peu différent. Il scrait utile de faire, pour toutes les stations hibernales, le relevé que nous venons do fairo pour Nico et pour Pau ; mais les éléments d'un semblable travail n'existent pas quant à présent, ot cette laoune, qui coïncide avec tant d'autres, fait regretter qu'un travail météorologique d'ensemble conçu au point de vue médical, opéré sur un plan uniforme et dirigé par une impulsion centrale, n'ait été encore exécuté. Tirons, des chiffres précités, cette conclusion, que, dans les stations hibernales du midi de la France, notamment pendant les mois d'hiver, il existe des oscillations de température qui sont mesurées, pour chaque mois, par près de 20° c., et qu'on ne saurait pallier cet inconvénient par une attention trop assidue à sortir aux heures les plus favorables, et à compenser ces vicissitudes thermologiques par la nature et l'épaisseur des vêtements.

III. *Amplitude des oscillations extrêmes de la journée.* — Si nous envisageons maintenant les oscillations diurnes, c'est-à-dire celles qui intéressent le plus directement l'hygiène et le bien-être

des phthisiques habitant momentanément les stations hibernales, nous voyons que, pendant les mois d'hiver, ces oscillations sont nombreuses.

L'amplitude de ces variations de la chaleur diurne varie du reste suivant les localités et aussi suivant les mois de l'année. Les tableaux synoptiques des températures d'hiver insérés à la fin de l'ouvrage de de Valcourt, nous montrent ce double fait. Les moyennes de la température prise le matin, à midi et à trois heures, donnent pour Paris (hiver de 1862-63) les chiffres suivants :

	NEUF HEURES.	MIDI.	TROIS HEURES.
Décembre............	4°,88	8°,81	9°,24
Janvier................	4°,01	8°,19	9°,46
Février..............	3°,24	10°,06	10°,76

Pour Nice nous trouvons les moyennes ci-après :

	SOLEIL LEVANT.	DEUX HEURES.	SOLEIL COUCHANT.
Décembre..............	6°,1	11°,8	9°,8
Janvier.................	6°,6	11°,6	9°,9
Février.................	4°,7	12°,9	10°,8

Ces indications sont intéressantes en ce qu'elles montrent que, pendant l'hiver, la température maximum de la journée se produit vers deux ou trois heures de l'après-midi, qu'elle décline ensuite et que c'est surtout dans l'intervalle qui sépare midi de trois heures que les malades doivent sortir pour se livrer à leur promenade habituelle. Ces variations diurnes de la température ne sont pas considérables pendant l'hiver, mais elles le deviennent d'autant plus que la chaleur augmente, et la constitution climatérique des stations méridionales se rapproche sous ce rapport de celle des pays intertropicaux où les oscillations diurnes ont une amplitude très-grande. A cet élément déjà défavorable s'en joint un autre non moins nuisible, je veux parler de la brusquerie de ces vicissitudes thermologiques qui se manifeste souvent quand le vent change tout à coup de direction ou quand un orage se produit (1).

§ 3. Nombre de journées médicales. — Le temps qui permet la

---

(1) Le professeur Tyndall a fait ressortir dans les termes suivants l'influence qu'exerce la vapeur d'eau atmosphérique sur l'uniformité de la température d'un lieu donné : « Si l'on enlevait, dit-il, à l'air qui recouvre la terre, la vapeur d'eau qu'il contient, il se ferait à la surface du sol une déperdition de chaleur semblable à celle qui a lieu à de grandes hauteurs, car l'air, en lui-même, se comporte pratiquement comme le vide relativement à la transmission de la chaleur rayonnante. Le coucher du soleil, pour une région dont l'atmosphère serait

promenade à pied aux phthisiques est celui où il ne pleut pas, où le vent ne souffle pas avec violence (principalement quand le ciel est découvert), où il n'y a pas de brouillard, et où le froid n'est pas trop vif. Il est incontestable que, sous ce rapport, nos stations hibernales du midi de la France offrent des avantages bien précieux et qu'on ne saurait trouver sous des latitudes moins favorisées.

Il pleut davantage dans le Midi qu'à Paris, par exemple, c'est-à-dire qu'il tombe annuellement plus de pluie, mais le régime de celle-ci est différent; si les pluies sont plus abondantes, le nombre des jours pluvieux est moins considérable, et puis aussi, on y voit rarement des journées ou des successions de journées signalées par des pluies ininterrompues. A une pluie de quelques heures succède souvent un soleil radieux, qui rend la promenade possible aussitôt que l'humidité s'est évaporée.

L'intensité du vent, quand le ciel est découvert et que le soleil brille dans tout son éclat, est une circonstance défavorable surtout si le vent souffle du nord. Les malades passent en effet, suivant

---

absolument sèche, serait suivi d'un refroidissement rapide. La lune aussi deviendrait absolument inhabitable pour des êtres semblables à nous, et par la seule absence de la vapeur d'eau. Avec le rayonnement extérieur vers l'espace, sans la vapeur d'eau pour le suspendre, la différence entre les *maxima* et les *minima* mensuels de température deviendrait énorme. Les hivers du Thibet sont presque insupportables par la même raison. Nous avons une preuve frappante de la basse température de l'Asie dans ce fait, que les lignes isothermes venues du Nord y descendent extrêmement. Humboldt a étudié plus particulièrement la puissance frigorique des parties centrales de ce continent; il a réfuté l'idée qu'on pourrait peut-être l'expliquer par sa grande élévation, en faisant remarquer qu'il est dans ces régions de vastes étendues de pays peu élevés au-dessus du niveau de la mer et dont cependant la température est excessivement basse. Dans l'ignorance de l'influence que nous étudions maintenant, Humboldt n'a pas pu tenir compte de l'une des sources les plus importantes du froid qu'il cherchait à expliquer. La seule absence du soleil pendant la nuit produit un refroidissement considérable partout où l'air est sec. La suppression, pendant une seule nuit d'été, de la vapeur d'eau contenue dans l'atmosphère qui couvre l'Angleterre serait accompagnée de la destruction de toutes les plantes que la gelée fait périr. Dans le Sahara, *où le sol est de feu et le vent de flamme*, le froid de la nuit est souvent très-pénible à supporter. On voit, dans cette contrée si chaude, de la glace se former pendant la nuit. En Australie aussi, l'excursion diurne du thermomètre est très-grande, elle atteint ordinairement de 40 à 50 degrés. On peut, en un mot, prédire à coup sûr que partout où l'air sera très-sec, l'échelle des températures sera très-considérable. » (*De la chaleur considérée comme mode de mouvement*, trad. de l'abbé Moigno. Paris, 1864, p. 384.) L'uniformité relative de la température de la haute mer tient probablement aussi à la saturation hygrométrique de son atmosphère.

qu'ils sont ou non abrités du vent, par une succession de températures chaudes ou glaciales qui leur sont extrêmement fâcheuses. C'est au calme de l'atmosphère de Pau qu'il faut attribuer une bonne partie des avantages reconnus à cette station hibernale. Tous les étrangers sont frappés de cette particularité. Il y a là évidemment une condition qui compense en partie la température relativement assez froide de Pau pendant les mois d'hiver. Personne n'ignore en effet combien, à indication thermométrique égale, la vitesse du vent influe sur la sensation physiologique du froid. Pour le dire en passant, les stations du littoral ne sauraient, pour des raisons que l'on comprend, jouir de ce calme atmosphérique qui est non-seulement une cause de bien-être pour les tuberculeux, mais qui leur permet un exercice plus régulier.

L'absence d'orages est également une condition à rechercher. Outre que la saturation électrique de l'atmosphère est une source de malaise, d'excitation nerveuse ou d'énervement, les orages amènent des perturbations thermologiques très-violentes et très-brusques. Il suffit d'avoir subi une tornade sur la côte ouest d'Afrique pour apprécier à quel point un orage peut abaisser brusquement la température. En quelques minutes, on passe d'une chaleur étouffante à un froid relatif qui détermine une sensation véritablement pénible. Cette transition est sans doute un peu moins accusée dans le midi de la France, où les orages sont assez fréquents, mais elle n'en est pas moins réelle.

Les brouillards sont dangereux pour les phthisiques ; le froid humide qu'ils apportent avec eux étant une occasion de répercussion sudorale et de bronchites. C'est donc là une condition à éviter dans le choix d'une station d'hiver. A Pau, l'air est d'une remarquable limpidité et les brouillards y sont très-rares. « Cela, dit de Valcourt, est d'autant plus étonnant que l'humidité moyenne de l'air y est représentée par 77 degrés, tandis que dans la région méditerranéenne française elle n'est que de 62 degrés ; néanmoins l'air, à Pau, est très-transparent dès que la pluie a cessé. La rareté des brouillards mérite d'être signalée ; elle contraste avec ce qui se passe en d'autres pays, par exemple, en Ecosse. Il est donc aisé de comprendre combien le climat de Pau doit paraître enchanteur aux phthisiques venus de Glascow. » Dans un certain nombre de stations, à Hyères, par exemple, il y a des brouillards le matin, et les malades font bien de retarder le moment de leur sortie jusqu'à ce que l'atmosphère ait pris une limpidité complète.

§ 4. Absence de poussière. — C'est là, enfin, un élément dont

on s'occupe trop peu dans le choix d'une station. La poussière est la résultante de l'intensité du vent et de la pulvérulence du sol. Les poitrinaires souffrent de cette condition, surtout quand ils sont emphysémateux ou quand leur affection est compliquée d'un commencement de laryngite chronique. Pau et Venise offrent des avantages réels sous ce rapport; la première station à raison du calme proverbial de son atmosphère, la seconde à raison de sa position maritime, de l'humidité de son atmosphère, et du mode de locomotion en gondole qui y est pratiqué et qui épargne aux malades le bruit et la poussière des voitures.

Tels sont les critériums divers à l'aide desquels on peut juger de la valeur de telle ou telle station, *non pas pour la phthisie en général, mais bien pour un phthisique en particulier*.

On comprend dès lors que nous repoussions, comme quelque chose d'antimédical, ces classements absolus et sans appel que l'on trouve répétés dans tous les livres entre les diverses stations hibernales du littoral méditerranéen. Il faut désormais entrer à ce sujet dans une analyse plus exacte, faire une part plus équitable entre la météorologie, que j'appellerai *instrumentale*, et celle qui tient compte des données physiques, mais qui ne les applique qu'avec réserve à la thérapeutique et à l'hygiène.

En envisageant au point de vue le plus médical, c'est-à-dire le plus pratique, cette question si complexe, si obscure et si importante en même temps des refuges climatériques dans la phthisie, nous sommes conduits aux conclusions suivantes :

1° Il importe de ne pas employer le changement de climat d'une manière banale dans le traitement de la phthisie ; c'est un modificateur énergique ; puissant pour améliorer l'état des malades, il ne l'est pas moins pour l'aggraver suivant qu'il est employé avec opportunité ou à contre-temps ;

2° Quand la phthisie est très-avancée et que les malades sortent à peine, ils ne retireraient aucun profit du déplacement, qui leur serait, au contraire, préjudiciable comme source de fatigues et comme rupture de toutes leurs habitudes. Le désir qu'ils expriment à ce sujet est une indication, mais encore convient-il de ne pas y céder du premier coup [1] ;

3° Les refuges climatériques agissent de deux manières, en fai-

---

[1] Nous constatons tous les jours cet abus du déplacement dans les maladies, abus pour lequel le satirique Gui Patin avait créé le mot de *pérégrinomanie*. Prescrire un voyage à un malade est habituellement chose plus sérieuse que de

sant éviter aux malades les vicissitudes brusques des températures saisonnières et en leur permettant d'entretenir leur appétit par un exercice régulier; mais ils ne réalisent ce double avantage qu'à la condition d'une hygiène très-stricte et très-assidue;

4° Le meilleur refuge est celui qui offre le plus d'égalité de température et le plus grand nombre annuel de *jours à promenades;* c'est-à-dire de jours où ni le froid, ni la chaleur, ni le vent, ni les brouillards, ni les orages, ni les pluies, n'empêchent de sortir à pied;

5° Même dans ces conditions favorables, il faut s'abstenir (pour les stations hibernales) des sorties du matin et du soir. La période de onze heures à quatre heures est la seule favorable pour faire de l'exercice;

6° Le profit que l'on retire d'une station hibernale dépend *un peu* de ses qualités climatériques, et *beaucoup* de la façon intelligente dont on les utilise;

7° Les refuges climatériques ne guérissent pas la phthisie, mais ils retardent sa marche, entretiennent les forces des malades et les font durer. Ils constituent donc un élément très-important de la thérapeutique de cette affection;

8° Les voyages d'allée et de retour doivent s'opérer avec lenteur et ménagements, sous peine non-seulement de neutraliser les avantages du changement de climat, mais même de le rendre dangereux.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'immobilisation directe dans les fractures du maxillaire inférieur.

Par M. le docteur Bérenger-Féraud, de la marine impériale.

Présenté à l'Académie impériale de médecine, le 25 octobre 1865.

Dans un mémoire que j'ai présenté à l'Académie de médecine, le 8 novembre 1864, sur l'immobilisation directe des fragments

lui prescrire de l'arsenic ou de la strychnine, et on n'y songe pas assez. Les phthisiques sont, entre tous, ceux que l'on déplace le plus aisément et de la façon la plus banale, et le nombre de ceux qui vont s'éteindre loin de leur pays s'accroît tous les jours. La thérapeutique doit réagir contre cette tendance. A une période avancée de l'affection, le malade a surtout besoin de cette vie régulière et calme, de ces mille petits soins qu'il ne trouvera que dans sa maison, et la meilleure station pour lui est celle qui a pour horizon la famille et les habitudes.

dans les fractures compliquées ou non réunies, j'ai rapporté déjà neuf observations de ligature osseuse pratiquée sur l'homme vivant par MM. Long (de Toulon), Malgaigne, Baudens, Robert, Pichorel (du Havre), Brainard (de Chicago), et j'ai dit que huit fois cette opération avait réussi assez bien pour faire fonder les meilleures espérances sur son compte.

J'ai réuni aussi vingt et un cas de suture des fragments faits par MM. Velpeau, Laugier, Flaubert (de Rouen), Follin, Kearny Rodgers, Valentin Mott, Dieffenbach, Cheeseman, Prestat (de Pontoise), Stanley, Cooper (de San Francisco), ayant réussi seize fois, ce qui est aussi de nature à plaider en faveur de la méthode.

J'ai eu depuis l'occasion de pratiquer, dans le service de M. le docteur Fauvel, à l'hospice civil du Havre, une ligature dans un cas de fracture très-compliquée du maxillaire inférieur, et, le malade étant guéri depuis plus d'un mois, j'en apporte aujourd'hui l'observation en détail.

Le 5 avril 1865, mon honorable confrère, M. le docteur Fauvel, chirurgien de l'hospice du Havre, me fit mander à cinq heures du soir, pour lui prêter mon aide dans le pansement d'un malheureux atteint de fracture compliquée et grave du maxillaire inférieur. Nous avions parlé quelquefois ensemble de l'immobilisation directe des fragments dans les fractures, et celle devant laquelle il se trouvait dans le moment, paraissant rebelle à tous les moyens de contention qu'il avait à sa disposition, il voulut essayer celui qu'il m'avait entendu préconiser.

Voici dans quelles conditions Mary-Armand Isidore, terrassier, âgé de trente-deux ans, assez fort, de bonne complexion, n'ayant eu que des maladies insignifiantes antérieurement, avait eu le maxillaire inférieur brisé : étant à transvider l'eau d'un tonneau monté sur deux roues dans une cuve placée à terre, sur le bord de la tranchée d'un égout en construction, il avait eu la tête prise entre ce tonneau et cette cuve, et un cercle de fer avait violemment porté sur le menton, un peu à gauche de la ligne médiane, tandis que la partie postérieure de la tête avait appuyé sur le bord tranchant de la cuve.

Le malheureux, ainsi atteint, portait les lésions suivantes : la lèvre inférieure écrasée, pour ainsi dire, contre le maxillaire, avait une plaie très-contuse, longue de 8 centimètres, horizontale, s'étendant un peu plus à gauche qu'à droite, siégeant à égale distance de la lèvre et du menton, et se joignant, à gauche de la ligne médiane, à une autre plaie verticale qui arrivait jusqu'au bord libre de la lèvre, près de la commissure, sans couper complétement la

partie en ce point, tandis que, partout ailleurs, l'os était à nu au fond de la solution de continuité des parties molles.

Quoique le gonflement n'existât pas encore, la face du blessé était profondément déformée; il salivait déjà abondamment, et, en lui faisant ouvrir la bouche, nous pûmes constater, par la vue aidée du toucher, une fracture comminutive du corps du maxillaire inférieur, ainsi disposée.

Voici deux figures qui permettront de suivre plus facilement la description de la fracture.

Les lignes noires montrent les traits de coupure, les lignes pointillées montrent le trajet parcouru par les fils des ligatures, mais il

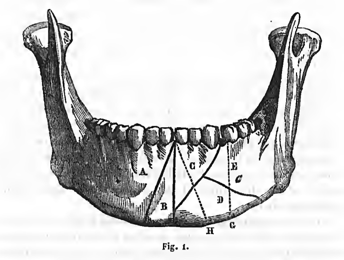


Fig. 1.

s'est glissé quelques erreurs dans ces dessins. Ainsi, dans la figure 1, la ligne H devrait passer entre les deux incisives droites au lieu de passer entre les médianes.

Figure 2. Même observation pour cette ligne H. — La ligne EG devrait passer sur l'extrémité inférieure gauche du fragment triangulaire F.

Enfin, disons que la perspective fait paraître le fragment D plus court qu'il n'était réellement, car il s'étendait en pointe très-aiguë vers l'angle de la mâchoire jusqu'à l'insertion du masséter.

Un premier trait de cassure, un peu oblique en bas et en dehors, part de l'intervalle qui sépare les deux incisives médianes et descend jusqu'à l'angle mentonnier en divisant complétement l'os dans toute sa longueur; un second trait, partant du même point

et descendant verticalement dans le sens de la symphise, circonscrit, avec le premier, un fragment à base inférieure B; un troisième trait, partant du bord inférieur de la mâchoire, au point d'arrivée du deuxième trait et remontant obliquement en haut, de manière à atteindre l'espace qui sépare la canine gauche de la première molaire, limite un second fragment triangulaire à base supérieure C, de sorte que la fracture est déjà composée de deux fragments triangulaires à base opposée, dont les limites figurent assez bien un N.

Notons que le dernier fragment dont nous venons de parler est éclaté en deux parties, dans le sens de l'épaisseur de l'os à la partie inférieure, comme si les muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens

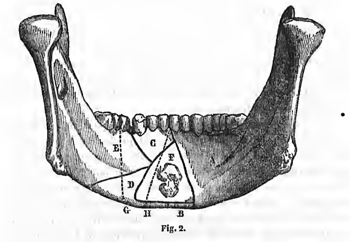


Fig. 2.

avaient arraché leur base osseuse F; ce qui donne, on le comprend, une plus grande mobilité aux fragments.

Du milieu de la dernière ligne de l'N, part un quatrième trait de cassure qui se dirige très-obliquement en bas et en arrière, et limite une troisième esquille triangulaire, à base inférieure, se prolongeant beaucoup vers l'angle de la mâchoire D.

Il résultait de cette disposition une grande indépendance des fragments, comme on le comprend; ainsi l'esquille médiane postérieure F, attirée par les muscles géniens, faisait saillie en arrière et laissait la partie antérieure C, qui portait les deux incisives et la canine gauches, en équilibre instable, de telle sorte que le moindre mouvement, même la déglutition de la salive, la faisait basculer, les dents se dirigeant alors vers la langue.

De plus, le dernier fragment dont j'ai parlé, l'inférieur gauche D, attiré vers la ligne médiane par les muscles mylo-hyoïdiens, dès qu'on le laissait libre, faisait saillir en avant l'extrémité aiguë de la partie restante du maxillaire E qui venait apparaître à la plaie verticale de la lèvre.

Le périoste était profondément déchiré, chaque petit lambeau adhérent de telle sorte à son esquille qu'on ne comprenait pas la possibilité de sa conservation dans le cas d'une résection de l'os. Le malade salivait beaucoup déjà, ai-je dit; il ne pouvait prononcer que des sons laryngiens. Les plaies saignaient abondamment, mais en nappe; elles étaient çà et là souillées de sable et de terre.

Le grand nombre et la mobilité des fragments osseux étaient une complication très-fâcheuse, on le comprend, et le cas n'était pas très-favorable pour l'application des procédés d'immobilisation directe par le fait de sa gravité même; néanmoins, après mon examen, il me sembla possible d'arriver à maintenir les esquilles principales, et je formai le dessein de réunir ensemble les deux premiers fragments triangulaires B C et le fragment postérieur F par un même point de suture, tandis qu'avec une ligature j'immobiliserais les fragments D E et le bord du fragment F.

Je n'avais pas d'instrument convenable pour percer l'os, je n'avais encore pu me procurer cet outil que les horlogers appellent *drille* et dont je me suis servi depuis avec grande facilité, sur le cadavre (1). J'entrepris donc, après avoir fait la section de la lèvre inférieure, en prolongeant la plaie verticale pour nous donner du jour, de percer l'os avec un poinçon quadrangulaire qui m'avait servi maintes fois sur des os longs de cadavres ou d'animaux vivants; mais la dureté du maxillaire inférieur fit bientôt rompre l'instrument, et je dus renoncer à l'idée de la suture osseuse.

Je pratiquai alors, de la manière suivante, deux points de ligature :

Une longue aiguille, du diamètre d'un stylet ordinaire, enfilée avec un fort fil de soie bien cordonné, fut glissée le long de la face postérieure du maxillaire et vint sortir sous le menton. Réintroduite par le trou d'où elle venait de sortir, elle remonta le long de la face externe de l'os, et le fil fut noué en avant de la deuxième molaire

(1) Le docteur Fauvel (du Havre) s'en est servi déjà sur le vivant. Le 12 septembre, il m'écrivait : « La suture se fit très-facilement... C'est le même instrument perforateur que le vôtre que j'emploie, avec quelques petites modifications que je lui ai fait subir. » Je reviendrai sur cette observation de mon habile confrère.

gauche, sur l'emplacement de la première molaire qui manquait depuis longtemps. Un second fil, dirigé obliquement par le même procédé, essayait de contenir les esquilles D, F et C, et fut serré entre les deux incisives droites.

Pendant que j'opérais ainsi, le docteur Fauvel faisait très-ingénieusement une gouttière très-mince en plomb, moulée sur un maxillaire inférieur, et il la mit en place dès que j'eus fini. Une plaque de liége fut appliquée entre elle et les dents supérieures. Trois points de suture réunirent les plaies de la lèvre. Des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée, renouvelées toutes les heures, furent le pansement adopté, et je quittai le blessé dans ces conditions, mon navire partant le lendemain matin pour un voyage de deux mois.

Notons que Mary avait eu, à la partie postérieure de la tête et du cou, des plaies étendues et profondes sur lesquelles je n'appelle pas l'attention.

MM. les docteurs Fauvel et Piaseski ont eu l'extrême obligeance de me communiquer leurs notes sur le traitement de Mary, et c'est avec elles que je puis continuer l'histoire de cet intéressant malade.

« 6 avril. Gonflement inflammatoire de la lèvre inférieure et de la partie adjacente de la bouche, sans qu'il soit nécessaire d'enlever les sutures ; même pansement.

« 7 avril. Même inflammation, suppuration abondante et fétide, salivation ; même traitement.

« Le 8 avril l'inflammation diminue, mais la suppuration est franchement établie. J'ôte deux points de suture des parties molles et laisse le troisième et dernier sur le bord libre de la lèvre. La plaque de plomb se maintient et conserve les fragments en place. Le malade, fort peu intelligent, bien que nourri autant qu'il était possible (malaga, tapioca, jus de viande, bouillon à discrétion), demande son *exeat* pour ne pas mourir de faim, dit-il ; on le retient à grand'peine pendant quelques jours, mais le 15 avril il exige sa sortie. » (Fauvel.)

Voici les renseignements recueillis par le docteur Piasecki, qui a soigné Mary à domicile. « A peine arrivé chez lui, le blessé s'est débarrassé de la plaque de plomb et a fait des mouvements exagérés, a parlé beaucoup, mangé des aliments solides, et, faisant le sacrifice de ses incisives inférieures qui branlaient, il a cherché à les arracher. Il y est parvenu, mais a extrait du même coup le morceau d'os sur lequel elles étaient fixées. Il s'est déclaré aussitôt

une hémorrhagie inquiétante, qui me paraît provenir de deux sources distinctes : une sous la langue, l'autre en avant de la fracture. J'applique inutilement du perchlorure de fer, et je me rends enfin maître du sang avec l'aide du cautère actuel. Une fois l'hémorrhagie tarie, je mets, par précaution, deux bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer sur les points cautérisés, et je décide le blessé à retourner à l'hôpital. » (Piasecki.)

« ... Le 22, je constate que le petit fragment droit [1] était immobile, et que les autres fragments, bien que conservant un peu de mobilité, se réunissaient au moins par un tissu fibreux serré. Le fragment enlevé [2] par le malade ne laissait pas de difformité notable, si ce n'est l'absence de deux incisives et de la canine gauche. La courbe parabolique de la mâchoire est bien conservée. Les dents qui restent n'ont pas subi de déviation.

« Jusqu'au 29 avril le traitement consiste à immobiliser, autant que l'indocilité du malade le permet, la mâchoire inférieure.

« Le 29 avril la plaie de la lèvre est cicatrisée ; les fragments sont de plus en plus solides et dans une bonne direction ; le malade exige de nouveau sa sortie. » (Fauvel.)

Le 9 juillet 1865, quatre-vingt-quatorze jours après l'accident, j'ai revu Mary-Armand dans l'état suivant, qui est, comme on va le comprendre, extrêmement satisfaisant :

La partie inférieure de la figure est à peine un peu déformée ; on n'est frappé, en la regardant, que par une légère fissure verticale peu profonde, siégeant sur le côté gauche de la lèvre inférieure et allant se confondre avec une petite cicatrice horizontale un peu gaufrée. De prime abord, les parties molles présentent assez bien l'aspect d'un bec-de-lièvre de la lèvre inférieure, qu'on n'aurait pas mathématiquement bien restauré, ou d'une cheiloplastie à la suite d'une ablation de tumeur.

Quand le blessé rapproche modérément les deux lèvres, l'ouverture buccale, au lieu d'être exactement fermée, laisse un petit hiatus au niveau de la fissure signalée, et quand il parle, il lui échappe parfois un peu de salive. Le menton a sa forme normale. Au-dessous de lui on voit la trace d'un abcès dont l'ouverture est encore fistuleuse.

En touchant le maxillaire inférieur par la peau de la muqueuse, on sent qu'il porte un cal assez volumineux, mais très-régulier ;

---

(1) Le fragment B.

(2) Le fragment C.

pas de hachure sur l'os; pas de saillie anormale; la consolidation est parfaite; l'arc de l'os n'est pas rétréci, il est parfaitement régulier. L'espace vide laissé par la chute du fragment C est à peu près parfaitement comblé par de la substance osseuse.

La lèvre inférieure, bien mobile dans presque toute sa longueur, est bridée par un petit tractus cicatriciel au point où j'ai signalé la fissure verticale. C'est cette bride qui fait l'hiatus par lequel s'échappe parfois un peu de salive. Un coup de bistouri détruira l'adhérence et la très-légère difformité des parties molles.

Les dents du maxillaire inférieur sont en mauvais état : noircies par la suppuration et couvertes de tartre. On voit, en procédant d'arrière en avant, à gauche, la place de la dent de sagesse, tombée avant l'accident; les trois dernières molaires, puis un espace vide où étaient : 1° la petite molaire, tombée aussi avant l'accident; 2° la canine et les deux incisives. Au côté droit on trouve les deux incisives, la canine et trois molaires.

Dans l'espace vide qui est en avant de la première molaire restant actuellement au côté gauche, il y a un exsudat putrilagineux, et le malade prétend que le fil qui liait les fragments E, D, F [1] y est encore. Je le cherche avec une pince à artère et des ciseaux. Je le trouve, en effet, je coupe le nœud et je tire sur lui; il sort très-facilement, presque jusqu'au bout, et je voulais l'extraire tout à fait, mais le malade indocile, de peur d'hémorrhagie, résiste, s'y oppose. Je suis donc réduit à couper tout ce qui est sorti, laissant à la nature le soin d'en expulser le restant.

Mary me dit qu'il a enlevé l'autre fil quand il a extrait l'esquille dentaire à sa première sortie de l'hôpital. La mastication se fait bien, à condition de manger des matières assez molles, à cause de l'état d'irritation des gencives produit par l'accumulation du tartre dentaire. La parole est claire, quoique quelques consonnes soient parfois prononcées un peu défectueusement par le fait de la bride cicatricielle de la lèvre.

La santé générale est excellente; le sujet a repris ses rudes travaux de terrassier depuis plus d'un mois.

Le 14 août 1865, cent trente jours après la blessure, je revois Mary; tout est bien cicatrisé partout, les gencives sont redevenues

---

(1) La figure 2 est inexacte. En effet, la ligne pointillée G E, qui marque le trajet du fil de la ligature, aurait besoin d'être reportée plus vers la ligne médiane, afin de passer sur l'extrémité du fragment F.

La ligne pointillée H, au lieu de passer entre les deux incisives médianes, devrait passer entre les deux incisives droites.

à peu près saines, la mastication des aliments solides se fait sans aucune difficulté ; le sujet peut être considéré comme parfaitement guéri.

Malgré la gravité de l'accident, la disposition fâcheuse des fragments et l'indocilité du malade, je considère ce résultat comme extrêmement heureux. Ce n'est pas la première fois d'ailleurs qu'un succès pareil est obtenu par la ligature osseuse. Les observations si curieuses rapportées par Baudens (*Gazette des hôpitaux*, 1840, p. 249), et par Robert (*Bulletin général de Thérapeutique*, t. XLII, p. 22), portent sur des faits parfaitement comparables, comme on va le voir.

Fait de Baudens. — Le 4 mai, le nommé L***, chasseur au 12e régiment, fit une violente chute de cheval au Carrousel, et, par une fatalité remarquable, le bord inférieur de l'os maxillaire inférieur du côté gauche vint à heurter contre la crosse du mousqueton de ce militaire.

L*** perdit connaissance au moment de l'accident, et ne reprit ses sens qu'après quelques minutes. On voyait au côté gauche de la face une plaie verticale, longue de 12 à 15 centimètres, dont la partie moyenne, contuse au plus haut degré, correspondait au rebord de l'os maxillaire, au niveau de la deuxième grosse dent molaire. Je fis, à travers la brèche des parties molles, l'extraction de deux petites esquilles et de quelques morceaux de dents brisées; puis à l'aide du pouce fixé sur le rebord de la mâchoire et du doigt indicateur placé en opposition sur l'arcade dentaire, je parvins à mettre aisément en rapport les fragments; mais du moment où ils étaient soustraits à l'action harmonique des puissances digitales, le fragment externe se portait en haut et en dedans, et le fragment interne se dirigeait en bas et en dehors, cédant à des muscles antagonistes.

Vainement a-t-on recours, dans ces circonstances, aux bandages et aux appareils connus jusqu'à ce jour. Les bandages et les appareils sont d'une application difficile, se dérangeant facilement, ne sont applicables ni sur les jeunes enfants, ni sur les gens indociles, et toujours ils sont insuffisants. En effet, les fragments ne sont jamais parfaitement bien affrontés, et le vide laissé entre eux n'est comblé que par des dépôts, d'où il résulte un cal très-volumineux, dont la saillie à l'extérieur choque l'œil d'une manière désagréable. Assez souvent les dents voisines de la fracture cessent d'être sur le même niveau et la mastication est rendue difficile. Enfin, le travail laborieux du cal laisse dans les tissus blancs une in-

duration qui se dissipe avec peine et nuit singulièrement au jeu de l'articulation temporo-maxillaire.

Ces fâcheux résultats disparaissent devant le traitement qui m'appartient, traitement que j'ai déjà mis en usage en Afrique pour remédier à des coups de feu, et auquel j'ai eu recours dans l'intérêt du malade qui fait le sujet de cette observation, — il consiste à placer autour des fragments un lien destiné à les tenir dans un rapport immédiat.

On peut se servir, pour engager le lien autour de la fracture, d'une aiguille à suture ordinaire, surtout quand il y a plaie aux parties molles; mais mieux vaut recourir à l'aiguille à suture que j'ai modifiée; sa longueur est de 8 centimètres, sa partie moyenne est flexible, pour lui donner telle courbure qu'il plaît à l'opérateur, et elle est percée de deux chas, un près de sa pointe, l'autre à sa base; un lien ciré et formé de six à huit fils ordinaires doit être engagé au préalable dans les deux chas, et l'aiguille ainsi armée est saisie par la main droite de l'opérateur, dont la main gauche maintient les fragments en rapport en plaçant, comme nous l'avons dit plus haut, le pouce sous le rebord de la mâchoire et l'indicateur sur l'arcade dentaire.

A l'aide de ces préliminaires l'opérateur dirige la pointe de l'aiguille sur le bord inférieur de la mâchoire, contourne la face interne de cet os et la fait ressortir dans la ligne qui sépare la gencive du collet de la dent, suffisamment pour que le fil engagé dans le chas situé près de la pointe de l'aiguille puisse en être extrait dans la bouche; ce premier temps opératoire terminé, l'aiguille est ramenée sur la face externe de la mâchoire pour être extraite en totalité par la bouche en sortant au défaut de la gencive. L'opérateur saisit alors les deux chefs du lien et fait par lui-même, ou par le secours d'un aide, une ligature fortement serrée autour des fragments préalablement mis dans un rapport intime et normal. Ces chefs sont ensuite divisés et laissés au dehors de la bouche pour que plus tard ils puissent servir de conducteurs au bistouri par la section du lien circulaire quand il devra être retiré.

Ici se termine le pansement, quand la fracture n'est pas compliquée de division des parties molles; mais quand cette complication existe, comme chez notre blessé, je réunis la plaie, quel que soit son degré de contusion, à l'aide de points de suture, et entre ces points je place des bandelettes de taffetas d'Angleterre afin d'affronter avec une exactitude parfaite les lèvres de la division des tissus; seulement, dans l'angle le plus déclive, je laisse un petit hiatus pour l'écoulement des humidités purulentes.

Tel est le traitement que j'ai employé en faveur de ce chasseur, et que j'ai complété en recouvrant le côté de la face correspondant à la blessure de linges trempés dans l'eau froide et fréquemment renouvelée. Sous l'empire de cette médication, la tuméfaction énorme de la face tomba en quelques jours. Quant à la commotion qui avait eu lieu au moment de la chute, elle ne fut suivie d'aucun accident grave...

Dès le deuxième jour de la blessure, ce militaire put prendre des potages et faire exécuter à sa mâchoire quelques légers mouvements sans craindre de déplacer les fragments. Cet avantage ressort essentiellement de mon traitement.

Au huitième jour, les sutures des parties molles furent retirées; la réunion était linéaire et solide, seulement un petit pertuis laissé à l'angle inférieur de la cicatrice donnait passage à quelques matières purulentes...

Au vingt-troisième jour, j'ai retiré la ligature qui tenait les fragments de la mâchoire affrontés; le cal était solide, ne présentant de saillie ni à l'intérieur ni à l'extérieur, la tuméfaction de la face était tombée entièrement, le jeu de l'articulation temporo-maxillaire était tout à fait libre, et, à part une cicatrice linéaire peu visible placée sur la région cervico-faciale, ce chasseur ne présente aucun indice d'un accident dont la gravité a compromis ses jours.

Fait de Robert. — Pour ne pas donner trop d'extension à mon travail, je ne fais qu'indiquer ce fait, qu'on trouvera, d'ailleurs, comme je l'ai dit plus haut, dans le tome XLII du *Bulletin général de Thérapeutique*, p. 22 et suiv.

Ces faits peuvent se rapprocher de celui que M. le docteur Prestat (de Pontoise) a présenté à la Société de chirurgie, le 27 février 1861, et dont voici la teneur :

« Le 1er août 1860, G***, cultivateur, âgé de cinquante-quatre ans, dormait assis sur l'un des chevaux de sa charrette quand il perdit l'équilibre et tomba. La roue de sa charrette, chargée de fumier et pesant environ 2,000 kilogrammes, lui passa sur la face et sur le côté gauche de la poitrine.

« Lorsque je vis G***, le 2 août, à six heures du soir, je constatai une fracture de la sixième côte gauche et une énorme contusion du côté gauche du thorax, une luxation de l'extrémité externe de la clavicule et une fracture de la voûte acromiale.

« Une double fracture du maxillaire inférieur avait divisé cet os en trois fragments, un médian et deux latéraux. La réduction s'opérait facilement, mais il était impossible de maintenir la coaptation,

les deux fragments latéraux étaient entraînés en haut par la contraction musculaire. Le fragment antérieur, au contraire, entraîné par son poids, glissait en bas et en arrière au-dessous des latéraux, la fracture du côté droit était oblique d'avant en arrière et de haut en bas, celle de gauche était verticale.

« Une circonstance toute particulière ajoutait encore à la difficulté du traitement, la bouche est depuis longtemps dépourvue du plus grand nombre des dents. La mâchoire supérieure n'en a qu'une. A l'inférieure il n'existe plus que les incisives, les canines, les deux premières molaires droites, la première et la quatrième molaire gauche. Sur le fragment droit, il n'y a aucune dent, sur le gauche, la quatrième molaire est restée solidement enchâssée dans son alvéole, bien que la fracture ait eu lieu à son niveau.

« Le premier jour, je dus me contenter d'un simple pansement... Le 3 août, je voulus en vain maintenir réduite la fracture, mais malgré ma fronde, appliquée avec le plus grand soin, le fragment postérieur glissa de nouveau en arrière et en bas... Le 4 et le 5, réaction fébrile très-intense... La gravité de ce cas et la difficulté de maintenir la coaptation m'engagèrent à demander conseil à M. Morel-Lavallée, qui vint voir G*** le 11 août.

« Le gonflement énorme des parties molles ne lui permit pas de placer ce jour-là son appareil de gutta-percha... Enfin le 19 août, bien que la manœuvre fût très-difficile au milieu de ce gonflement, M. Morel réussit à placer son appareil. Ce chirurgien, avec une très-petite vrille, perça, non sans peine, une portion du fragment postérieur droit qui faisait saillie hors de la gencive déchirée, puis ayant enlacé un fil de fer réuni autour du collet des deux dernières dents de ce côté, il passa dans le trou qu'il venait de percer l'un des bouts et obtint, en le tordant avec l'autre, une coaptation exacte de la fracture de ce côté.

« A gauche, il entoura, avec un autre bout de fil de fer, les deux dents canine et première molaire, et la quatrième molaire, qui était sur le fragment postérieur; mais, tant à cause de l'intervalle de 1 centimètre situé entre les dents par suite de l'absence des deux molaires que de la contracture du muscle temporal, la coaptation est imparfaite, et les deux fragments ne se touchent que par une petite surface.

« L'appareil en gutta-percha fut appliqué assez facilement... la tendance au déplacement obligea M. Morel-Lavallée à laisser, contre son habitude, les fils de fer sous son moule... Du 20 au 25, abcès dans la joue droite; érysipèle, diarrhée, subdélirium... Le 29,

l'appareil en gutta-percha se soulève à gauche et la fracture, de ce côté, est le siége d'une grande mobilité, je soupçonne que le fil de fer a glissé sur les couronnes usées des dents... Le 28, j'enlève l'appareil et je constate, en effet, que le fil de fer a glissé sur les dents, la fracture droite est bien maintenue, je me résous à imiter à gauche ce qu'avait fait à droite M. Morel-Lavallée : je perfore avec une petite vrille le fragment moyen à 5 millimètres de son bord supérieur et à l'endroit où manquaient la deuxième et la troisième molaire. L'anse du fil de fer est passée dans le trou, puis tordu trois fois et fixée autour de la dent molaire du fragment postérieur, je réussis par ce moyen à affronter les deux fragments dans la moitié de leur hauteur, et surtout à diminuer de beaucoup la mobilité ; le moule de gutta-percha fut ensuite placé.

« Le soulagement fut très-marqué; pour la première fois G*** put avaler un potage épais.

« Le 15 septembre, je trouve l'aiguille du fragment postérieur droit détachée et j'enlève le fil de fer devenu inutile, le fil de fer gauche avait coupé le bord supérieur de l'os maxillaire. Comme une faible adhérence empêche le déplacement, je ne cherche pas à replacer le fil de fer. Troisième application de l'appareil en gutta-percha.

« Le 12 octobre, l'appareil est enlevé, la mobilité des fragments est encore manifeste, mais il est évident que des adhérences encore molles réunissent les fragments... en portant un stylet dans les fistules du menton et des gencives, on rencontre une largo surface nécrosée.

« Le 16, nouvelle application du bandage qui est enlevé pour nettoyer la bouche. Du 19 au 20, extraction de petites esquilles. Au commencement de décembre, la solidité de la mâchoire est assez grande pour que, sans appareil, le fragment du milieu suive parfaitement le mouvement des branches verticales de l'os. Dans le courant du mois, extraction de la première molaire et de la canine droite devenues branlantes, et enlèvement de l'unique dent de la mâchoire supérieure qui contond la fracture de droite.

« Le 24 janvier, extraction d'une esquille.

« Le 31, les fistules sont complétement fermées; quelques jours après, on constate que les fractures de la mâchoire sont consolidées : celle de droite, d'une manière régulière; celle de gauche, avec une différence de niveau de près de 1 centimètre. »

Qu'on me pardonne ces longues citations que je viens de faire en considération de leur utilité dans la question. En effet, ne sont-

elles pas un parallèle plus éloquent que tout ce que j'aurais pu dire entre la suture et la ligature des os et entre l'immobilisation directe et les moyens indirects (1)? Quoi qu'il en soit, continuons maintenant notre étude.

Ces trois succès si complets, deux autres que j'ai cités dans mon mémoire à l'Académie, et l'observation que je rapporte aujourd'hui, font, sans compter ceux auxquels Baudens fait allusion et dont je n'ai pas retrouvé encore l'indication bibliographique, six précédents qui enhardiront sans doute dans l'avenir les chirurgiens à recourir à l'immobilisation directe dans les fractures du maxillaire inférieur dès qu'il y a tendance aux déplacements, d'autant plus qu'on sait depuis longtemps par les nombreux modes de pansements, appareils, bandages proposés, si la contention de ces fractures est le plus souvent défectueuse par les moyens indirects quand il y a une trop grande mobilité de fragments.

L'immobilisation directe est patronnée dans le cas qui nous occupe par des autorités chirurgicales assez puissantes pour qu'on puisse se retrancher derrière elles, quand comme moi on travaille à sa vulgarisation. Il suffit de lire ce que M. Malgaigne écrivait dans le *Bulletin de Thérapeutique* en 1840, t. XVIII, p. 355; ce qu'il a dit dans son *Traité des fractures*, t. I, p. 276 et p. 398 et 399; ce qu'a écrit Robert dans l'observation que nous connaissons, et enfin ce qu'a fait Morel-Lavallée, pour avoir une opinion faite sur le degré de confiance que ces chirurgiens lui ont prêté; d'ailleurs il n'est pas inutile peut-être de chercher à démontrer à mon tour que la suture et la ligature des fragments sont de bons moyens : qu'on me permette donc d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

Lorsque Baudens présenta son blessé à l'Académie treize jours après l'opération, on constata que tout allait bien, mais néanmoins, dit M. Malgaigne, « la nouveauté de la chose effraya les imaginations, et le procédé, accueilli avec une réserve et je dirais volon-

(1) Mon ingénieux confrère, le docteur Fauvel, a songé à un autre procédé d'immobilisation directe qui doit être rapproché de ceux-ci : une gouttière en plomb étant placée sur l'arcade dentaire du maxillaire fracturé et descendant aussi bas que possible en avant et en arrière, M. Fauvel fait avec un drille deux ou plusieurs perforations qui intéressent les deux lames de plomb de la gouttière et l'os qu'elles maintiennent; des fils métalliques ou organiques passés dans ces trous immobilisent parfaitement les fragments et rendent la coaptation très-facile et très-solide. Ce procédé, essayé sur le cadavre, a paru satisfaisant aux plus exigeants, mais il aura besoin de la sanction de l'expérience pour être mis sur la même ligne que ceux dont je viens de rapporter des observations.

tiers avec une méfiance générale, suscita de nombreuses objections qui toutes pouvaient se réduire à celles-ci : 1° il n'y avait nulle nécessité de soumettre le patient à une opération pénible ; 2° elle exposait à la destruction du périoste et à la nécrose de l'os. »

Ces objections sont déjà tombées devant les faits de l'observation de Baudens. En effet, la ligature, enlevée le vingt-troisième jour, laissa l'os régulièrement et parfaitement consolidé, c'est-à-dire la guérison en bonne voie, mais si on me les opposait encore, je crois qu'il ne me serait pas difficile d'y répondre même en faisant abstraction des succès déjà enregistrés avant celui que j'apporte aujourd'hui, et qui, reconnaissons-le en passant, sont bien certainement les meilleurs certificats qu'on puisse invoquer pour la méthode, car rien n'est concluant comme une série de faits, qu'elle soit ou non en harmonie avec la théorie admise jusque-là.

Me dira-t-on qu'il était inutile de recourir à une opération aussi pénible, aussi compliquée, aussi difficile à pratiquer ; à cela je répondrai : La mobilité extrême des fragments provoquait une déformation si considérable qu'il était impossible de laisser ainsi les esquilles en liberté. Il y avait à craindre entre mille accidents la nécrose des morceaux d'os, si on les laissait séparés ainsi ; il se serait au moins produit un cal difforme compromettant la mastication, etc., etc. Il fallait donc trouver un moyen de réduire. Or, si je n'avais eu recours à la ligature, quel moyen aurions-nous dû employer ?

Est-ce aux appareils de Rutenick, Bush, Houzelot, Kluge, Jousset, Lonsdale, Nicole, etc., etc. ? D'abord, l'hospice du Havre ne les possède pas dans son arsenal, et il eût fallu les faire fabriquer par des ouvriers mécaniciens d'une des grandes usines du pays, inhabiles probablement à ce travail nouveau pour eux, ou bien encore il fallait faire venir ces instruments de Paris, ce qui eût pris deux ou trois jours de temps.

D'ailleurs, lequel aurions-nous choisi ? je ne connais, pour ma part, que de nom les appareils de Rutenick, Lonsdale, Kluge ; celui de Jousset est une modification peu heureuse de l'appareil de Houzelot, c'est donc à ce dernier que nous aurions pu recourir, mais cet appareil est loin de donner de si bons résultats : application difficile, pression très-rarement supportable, possibilité de voir des abcès, des escarres naître de la pression ; voilà, certes, des conditions qui me semblent de nature à faire rejeter l'idée d'employer cet appareil.

Il y en a d'autres et de nombreux, ajoutera-t-on ; je le sais, et,

soit dit incidemment, ce luxe d'appareils est bien fait, ici comme ailleurs, pour montrer plutôt la pénurie de la science que sa richesse. Quoi qu'il en soit, eussions-nous eu recours à la gouttière en gutta-percha de Morel-Lavallée, cet appareil n'eût donné ici que des résultats très-incomplets, il n'aurait absolument pas fixé le fragment D, n'aurait eu qu'une action illusoire sur le fragment F, et n'eût tenu que très-imparfaitement les autres en position. L'appareil de Morel-Lavallée était donc inapplicable.

Fallait-il recourir à la fronde inventée par Sorranus, déjà préconisée par Arnauld, J.-L. Petit, modifiée par plusieurs opérateurs, et enfin rééditée par M. Bouisson, avec des perfectionnements tels, qu'on peut considérer l'appareil du professeur de Montpellier comme un type particulier et distinct? Non, car, sans compter l'inconvénient de tenir la bouche close pendant tout le temps de son application, il faut reconnaître que, dans le cas qui nous occupe, elle n'aurait fait que pousser à la déformation en faisant saillir davantage la pointe aiguë du fragment E.

Enfin, pouvions-nous chercher à pratiquer la ligature des dents par le procédé dit d'Hippocrate avec les modifications de Celse, Bertrandi, Guillaume de Salicet, Lemaire, etc.? Non, pas davantage; sans parler des reproches mérités que nous venons de lui voir faire par Robert, sans rappeler l'opération si laborieuse de Dupuytren, nous dirons que le mauvais état antérieur de la bouche de Mary nous en empêchait d'abord. D'autre part, cette opération est bien plus facile à décrire qu'à pratiquer, j'en appelle à tous les chirurgiens qui l'ont essayée, et d'ailleurs elle est loin d'être absolument inoffensive. Sans aller chercher bien loin les cas où elle a provoqué des accidents, il ne me serait pas difficile de lui trouver des témoins à charge. M. le professeur Gosselin, entre autres, m'a cité le fait d'un cocher de sa maison chez lequel cette ligature a été le point de départ d'accidents qui ont abouti à l'infection purulente et à la mort.

On le voit donc, la ligature des fragments était déjà un procédé de nécessité, et à ce titre au moins se justifiait; voyons si elle est réellement passible des autres reproches : elle expose à la destruction du périoste et à la nécrose de l'os, a-t-on dit. Voilà bien, il me semble, une objection théorique par excellence. En effet, si le périoste est lésé ou menacé, c'est bien plus par la fracture elle-même, par la suppuration qui baigne toutes les faces d'une esquille quand on la laisse flottante, que par la présence d'un fil autour de l'os. La mobilité de l'esquille n'est-elle pas une cause plus active

de nécrose que la pression du fil sur un point restreint de sa périphérie ?

On laisse un corps étranger dans le foyer de la fracture, objectera-t-on peut-être. Mais peut-on m'argumenter longtemps là-dessus, quand on sait que le corps étranger tient sans violence les esquilles en rapport et leur permet d'adhérer le plus tôt possible? Je ne crois pas qu'on puisse établir le moindre rapprochement entre la présence de ce fil métallique ou organique autour de l'os et ces corps étrangers, balle, pierre, etc., et que l'accident a violemment incrustés dans le foyer de la fracture en leur faisant contondre profondément les parties touchées.

D'ailleurs, le résultat n'est-il pas, comme je le disais tantôt, le fait le plus concluant que l'on puisse opposer aux objections ? Or, voilà au moins six observations favorables, et sans vouloir établir un parallèle, une comparaison quelconque, même en admettant sans discussion que pour six succès il faut compter un nombre plus ou moins considérable d'échecs, on m'accordera qu'une opération, quelque chanceuse qu'elle soit, mérite bien d'être conservée quand on a six cas authentiques de sa réussite.

J'espère avoir démontré que la ligature osseuse était le moyen rationnel à tenter dans le cas dont je rapporte l'histoire, et je rappelle que le succès a couronné d'ailleurs l'entreprise.

Dire que l'immobilisation directe des fragments ne restera pas dans les fractures du maxillaire inférieur un moyen exceptionnel limité aux cas où il y a tendance marquée aux déplacements, serait s'écarter d'une saine chirurgie ; mais dans le cas où il y a déchirure des parties molles, lorsqu'en même temps on peut craindre un cal difforme par le fait de la trop grande mobilité des esquilles, la ligature ou la suture me semblent indiquées, et il semble aussi qu'elles ont donné déjà d'assez nombreux succès pour que les chirurgiens soient autorisés à y recourir désormais avec la confiance relative qu'ils ont pour tous les moyens de traitement des fractures compliquées.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Examen chimique de l'aspérule odorante.

Les Chinois n'emploient pas seulement le thé comme boisson, ils ont encore une infinité d'autres plantes qui entrent dans l'ali-

mentation ou qui servent comme médicament. L'hépatique des bois est, en Chine, une vraie panacée.

L'hépatique des bois, *asperula odorata*, est une plante herbacée de la famille des Rubiacées ; Pline, Pallas, Gœrtner assurent qu'elle était très-recherchée des Romains ; en Grèce, les femmes la faisaient entrer dans leurs parfums ; en France, au moyen âge, elle fut prescrite comme sudorifique.

L'odeur de l'aspérule est pénétrante et suave ; elle est analogue à celle de la fève deTonka ; cette odeur est moins forte dans la plante fraîche que desséchée.

Il nous a semblé intéressant de savoir si l'aspérule récoltée en Chine a la même composition chimique que sa congénère de France : nous avons reconnu qu'elles sont identiques.

L'analyse de cette plante a été facile, nous nous sommes inspiré des travaux de MM. Vogel, Guibourt, Derheins, Boutron, Boullay, Chevallier et Tubœuf sur la fève de Tonka, et de ceux de M. Guillemette sur la fleur du mélilot officinal. Il résulte de nos essais, que l'hépatique des bois doit son odeur au même principe cristallin qu'on a isolé de la fève de Tonka et du mélilot officinal, principe que M. Guibourt a nommé *coumarine*, appelé depuis, par MM. Boullay et Boutron-Chalard, *coumarin*. STANISLAS MARTIN.

Formules contre le choléra.

La potion stimulante éthérée est employée avec succès contre la diarrhée prémonitoire et contre le début du choléra. La voici, d'après le Formulaire des hôpitaux militaires :

Potion antidiarrhéique.

Hydrolé de menthe	60 grammes.
Sirop simple	30 grammes.
Ether sulfurique à 60 degrés	1 gramme.
Laudanum de Sydenham	60 centigrammes.

Une cuillerée à bouche tous les quarts d'heure.

M. Dannecy, pharmacien des hôpitaux de Bordeaux, un de nos collaborateurs, donne la formule suivante modifiée par M. Rollet :

Hydrolat de laitue	60 grammes.
— de menthe	30 grammes.
— de mélisse	30 grammes.
— de fleurs d'oranger	15 grammes.
— de laurier-cerise	8 grammes.
Sirop d'éther	15 grammes.
— de morphine	30 grammes.

A prendre par cuillerée à bouche.

Si l'on juge utile de donner la potion non sucrée, on remplace le sirop de morphine par 1 centigramme de chlorhydrate de morphine, et le sirop d'éther par 2 grammes d'éther sulfurique alcoolisé.

Gouttes russes anticholériques.

Vin d'opium safrané (laudanum de Sydenham).	4 grammes.
Vin d'ipécacuanha........................	8 grammes.
Essence de menthe........................	15 grammes.
Teinture éthérée de valériane..............	15 grammes.

A prendre quinze ou vingt gouttes dans une tasse de tisane de tilleul ou de camomille, quatre à cinq fois par jour.

Autre formule.

Teinture de valériane.....................	8 grammes.
— de noix vomique....................	4 grammes.
Liqueur anodine...........................	8 grammes.
Teinture d'arnica..........................	4 grammes.
Essence de menthe.........................	2 grammes.
Teinture d'opium...........................	6 grammes.

A prendre quinze gouttes ; trente un quart d'heure après, quarante-cinq un quart d'heure après.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Traitement du choléra.

Lorsque, en 1853, nous nous vîmes menacés par une nouvelle épidémie de choléra, je me hâtai de publier dans le *Bulletin général de Thérapeutique* (t. XLV, p. 313 et 481) le traitement que j'avais appliqué avec succès pendant l'épidémie de 1849 ; je crois encore être utile en venant aujourd'hui rappeler aux lecteurs du *Bulletin* que cette maladie, ou plutôt ce fléau, n'est pas inattaquable par les armes rationnelles que nous fournit la science.

Je n'ai pas l'intention de passer en revue et encore moins de discuter les diverses opinions qui ont été émises sur l'étiologie de cette maladie, mais je crois que nous pouvons tous admettre qu'il faut à sa production deux conditions essentielles : l'existence d'une *influence infectieuse* et un organisme dispos à la *réceptivité*.

Cette *influence infectieuse*, nous est-elle apportée des pays lointains par les rapports des hommes entre eux, ou par des courants atmosphériques ; ou bien est-elle le résultat d'une synthèse terrestre et atmosphérique ? autant de questions difficiles à résoudre :

problème qu'il faudra longtemps encore remettre à l'étude, avant d'en obtenir une solution acceptable par tous ; mais, quoi qu'il en soit, miasme apporté des pays lointains ou constitution médicale, il n'en résulte pas moins ce fait excessivement grave, que l'affection se développe en son lieu d'apparition, et qu'elle se propage ensuite de proche en proche dans les agglomérations humaines, puis s'éteint par une sorte d'épuisement.

Les conditions de *réceptivité* sont particulières à l'organisme humain, et nous sommes d'accord que toutes les causes affaiblissantes, permanentes ou temporaires, telles que l'état de maladie antérieure, que l'usure de la constitution par la misère ou par l'abus des plaisirs que donne l'opulence, sont des prédispositions à l'infection. Ces données, non contestables, admises, les mesures préventives deviennent une première obligation tant pour l'individu que pour l'administration municipale des lieux infectés, et n'oublions pas que le concours de tous est non-seulement un moyen de salut pour l'individu, mais encore qu'il est indispensable à l'autorité pour rendre efficaces les mesures concertées, et que cette entente serait toujours supérieure à ce que pourrait ordonner et faire le Conseil de salubrité. Les médecins doivent donc, chacun dans les strictes limites de leur clientèle, faire connaître les moyens d'améliorer l'état de salubrité des habitations, et les premiers soins à donner à ceux qui seraient frappés. Dans ce but, j'ai adressé à mes clients l'instruction suivante :

Conseils à propos du choléra. — Les phénomènes prodromiques de l'invasion possible d'une épidémie imposent à l'individu, aussi bien qu'à la société, l'obligation de certaines mesures préventives, qui peuvent se résumer ainsi :

Celui qui habite une maison, doit veiller à ce que nul dépôt d'immondices ne séjourne dans les caves, ni dans les cours, que les fosses soient vidées et les cabinets d'aisances tenus avec une grande propreté, que les éviers, les plombs, les gargouilles, etc., soient fermés, que chaque jour on y fasse passer des eaux courantes, qu'on les désinfecte, soit à l'aide du chlorure de chaux, d'une solution de permanganate de potasse ou d'une solution d'acide phénique.

Les fontaines seront soigneusement nettoyées, et la cheminée du filtrage échaudée par un courant d'eau bouillante.

Les cours, les escaliers, les chambres, qui ne sont pas peints à l'huile ou couverts de papier seront badigeonnés à l'eau de chaux.

Celui qui habite un appartement, emploiera les mêmes moyens pour purifier les éviers, les plombs, etc., il veillera à ce que les dé-

tritus des plantes potagères soient enfermés dans une caisse fermée et que chaque jour ils soient portés à l'endroit désigné par l'usage.

Il fera fréquemment nettoyer les glaces et les vitres des fenêtres, celles-ci seront ouvertes chaque jour et des courants d'air largement établis.

Il fera faire du feu comme moyen de ventilation et de purification.

Il n'est pas besoin d'insister sur la nécessité d'une grande propreté, de porter des vêtements chauds en rapport avec la saison, et d'être ceint d'une ceinture de flanelle.

J'insiste pour que la nourriture reste ce qu'elle est pour chacun, cependant on évitera de faire abus des fruits, des crudités, des glaces, des liqueurs; les bons vins sont utiles, mais l'abus en serait désastreux.

Il faut éviter avec soin tout ce qui peut affaiblir, les excès en tout genre sont nuisibles, les privations comme les indigestions; les fatigues excessives, les refroidissements, sont autant de causes prédisposantes.

Je recommande comme prophylaxie, à part les règles d'hygiène générale, l'usage journalier de l'infusion de camomille et de cannelle. Dans le cas où l'on éprouverait un peu d'émotion intestinale, on ajouterait à l'infusion de cinq à dix gouttes rouges (*Ann. thér. de Bouchardat*, 1860, p. 10) [1].

A l'apogée de l'épidémie, je recommande l'usage, à la dose d'une à deux cuillerées à café par jour, de la potion suivante : quinquina calisaya, 15 grammes; faites un décocté de 200 grammes; ajoutez acide sulfurique dilué et teinture de musc, de chaque 1 gramme (*Bull. gén. de Thérap.*, 1853, t. XLV, p. 313 et 481).

Dans le cas de malaises, tels que vertiges, douleurs musculaires, tendance syncopale, faiblesse générale, il sera convenable de consulter son médecin.

Les selles répétées exigent le lit, l'infusion chaude de camomille additionnée de dix gouttes rouges et la visite du médecin.

Les selles accompagnées de vomissements, de refroidissement, de faiblesse de la voix, imposent le lit dans une couverture de laine; appliquer un sinapisme au creux de l'estomac, prendre de l'infusion chaude de camomille en y ajoutant par tasse une cuillerée à

---

[1] Composition des gouttes rouges : camomille, 60 grammes; opium, à 10 pour 100, 8 grammes; safran, 2 grammes; girofle, 1 gramme; cannelle, 1 gramme; alcool, 300 grammes. Faites macérer pendant huit jours dans l'alcool les substances convenablement divisées, exprimez fortement et filtrez.

café de bon rhum ; les crampes demandent des frictions sur les endroits douloureux.

Et, sans tarder, d'envoyer chercher son médecin, seul juge des indications à remplir.

Là s'arrête l'instruction à donner à des étrangers à l'art de guérir, et là aussi commence le rôle du médecin, seul juge compétent, comme je l'ai dit, des indications à remplir.

Avant de passer sommairement en revue les diverses manifestations de la maladie, quelques mots encore non sur la manière d'envisager son étiologie, mais sur la conduite de l'organisme en présence de cet ennemi *malin* qui tend à sa destruction.

Le choléra, disais-je en 1853 (*Bulletin de Thérapeutique*), est une affection à *électivité* sur le système nerveux ganglionnaire ; le choléra est une affection *hyposthénisante ;* le choléra est une affection *spécifique.* Le choléra généralisé dans une localité, on peut affirmer que tous les habitants de cette localité en subissent du plus au moins l'influence ; que si cette influence est lente, l'organisme ne fait que s'émouvoir, et que, réagissant suivant ses forces et ses aptitudes, il tend à provoquer des crises éliminatrices ; mais, dans cette lutte, ses forces s'épuisent, et l'influence morbide finirait par prévaloir, si l'art n'intervenait à temps pour amoindrir les effets de l'infection et pour augmenter les forces de l'organisme.

Nous avons dit, dans notre instruction à nos clients, quelles étaient les précautions hygiéniques à prendre, quels étaient les premiers moyens à employer en cas de crise intestinale ; nous allons maintenant parcourir rapidement les ressources que nous offre la thérapeutique pour répondre aux diverses manifestations morbides.

Sans admettre que le choléra soit toujours précédé de la diarrhée prémonitoire, nous devons cependant reconnaître que, dans la majorité des cas, le choléra est annoncé par des dérangements intestinaux. Il semble que l'appareil digestif est l'émonctoire essayé par l'organisme pour se débarrasser d'une substance étrangère, ou bien que ce soit le lieu d'élection de toute l'activité morbide.

Les mouvements intestinaux sans diarrhée avec la langue propre, le pouls normal, ne demandent que l'infusion de camomille additionnée de quelques gouttes de laudanum, ou mieux, de mes gouttes rouges.

Quelquefois, les mouvements intestinaux sans selles sont accompagnés de douleurs épigastriques, de crampes d'estomac ; alors je prescris : eau distillée de mélisse, de cannelle, de chaque 50 gram-

mes; éther sulfurique alcool., 50 centigrammes; sirop d'opium, 20 grammes; à prendre par cuillerée à café de demi-heure en demi-heure jusqu'à cessation de la souffrance, puis d'heure en heure.

La cholérine, dans laquelle on ne veut souvent voir qu'une diarrhée, se présente accompagnée de divers symptômes; quelquefois la langue reste nette, mais le malade se plaint de douleurs épigastriques et d'un léger sentiment de froid vers les extrémités. Nous exigeons le lit, et nous prescrivons un sinapisme au creux de l'estomac, et la potion suivante à prendre par cuillerée à café d'heure en heure : eau distillée de mélisse, de cannelle, de chaque 50 grammes; teinture thébaïque, 1 gramme. Si à ces symptômes se joignent des envies de vomir, des fragments de glace dans la bouche.

La cholérine peut se présenter avec la langue plate, sale, et, sans le génie épidémique dominant, on ne verrait là qu'un état saburral. En cette occurrence, je prescris le sous-nitrate de bismuth et l'ipécacuanha, par prise de 20 centigrammes de l'un pour 2 centigrammes de l'autre, administrée d'heure en heure, et l'infusion de camomille et de cannelle. Dès que les selles se modifient, j'éloigne progressivement les doses du médicament.

Dans un petit nombre de cas, le choléra peut se déclarer chez des individus pléthoriques, à la face vultueuse, au pouls plein : je n'hésite pas alors à faire appliquer à l'anus un petit nombre de sangsues.

Les phénomènes intestinaux calmés, les convalescents se conforment aux règles hygiéniques prescrites : si le sujet a peu perdu de sa résistance vitale, les infusions de camomille et de cannelle suffisent; si, au contraire, l'hyposthénisation est grande, je mets les convalescents aux préparations de quinquina.

Le choléra confirmé, comme la cholérine, se présente sous plusieurs formes :

« Forme phlegmorrhagique : je fais envelopper le malade dans une couverture de laine; on l'entoure de corps chauds, et je prescris des sinapismes sur les parties atteintes de crampes, un vésicatoire à la région épigastrique; ipécacuanha à la dose de 2 à 4 grammes, jusqu'à cessation des vomissements. Lavement de séné et d'aloès, jusqu'à rétablissement des selles non spécifiques; potion ammoniacale : élever la dose de l'acétate d'ammoniaque jusqu'à 100 grammes, dans les quarante-huit heures, infusé de camomille et glace dans la bouche. Si le hoquet persiste, soulever l'épiderme du vésicatoire et appliquer de la morphine.

« Quand la réaction se produit, donner le décocté de quinquina.

Quelquefois, j'ai vu survenir, au début de la réaction, un peu d'épistaxis ; les paupières tombaient, et le malade semblait en somnolence. Dans ce cas, j'ai fait appliquer quelques sangsues derrière les oreilles (quatre) : la réaction devient alors franche. Quelques cuillerées d'eau rougie, d'eau et de sirop de groseille et un peu de bouillon, suffisent au convalescent.

« J'ai retrouvé quelquefois la forme congestive que j'ai observée dans les deux premiers degrés de la maladie. La réaction est alors violente, impétueuse, et quoique le sujet accuse encore un peu de froid vers les extrémités inférieures, il faut se hâter de débarrasser le cerveau par une application de sangsues derrière les oreilles (douze à vingt), et donner des lavements de séné et d'aloès.

« Dans la forme syncopale du troisième degré, je fais environner le malade de corps chauds, et j'administre le sulfate de quinine, comme si j'avais affaire à une fièvre intermittente pernicieuse. Pendant la convalescence, je donne le décocté de quinquina. »

Voilà ce que j'écrivais, en 1853, sur le traitement du choléra.

L'épidémie continua jusqu'en 1854, et, pendant une période de huit à neuf mois, je vis un grand nombre de cholérines et un certain nombre de choléras confirmés, et dans l'un et l'autre cas je n'ai eu qu'à me louer des règles de traitement que je m'étais posées.

J'ajouterai maintenant quelques réflexions à ce que je viens de dire.

Les moyens que je préconise comme prophylaxie, puis comme traitement, ne ressemblent en rien à ce que le public appelle un *spécifique,* c'est-à-dire un agent thérapeutique qui, se prenant corps à corps avec l'agent morbide, l'annihile, le détruit, et laisse après le combat l'organisme sain et sauf.

Un tel spécifique existe-t-il et peut-il exister? Généralisant la question, demandons-nous d'abord s'il en existe pour aucune maladie. Un seul exemple, et le plus considérable, nous servira de réponse.

La vaccine est-elle, dans le sens que nous venons de donner au mot *spécifique*, l'agent thérapeutique de la variole? Assurément non. Ne voyons-nous pas, chez le varioleux que l'on vaccine, la variole et la vaccine effectuer concurremment leur évolution sans se gêner en aucune façon? Donc la vaccine n'est pas l'agent thérapeutique à opposer à l'agent variolique. Comment donc agit la vaccine, en tant que le sujet n'est pas encore varioleux, pour le préserver de la variole? Par quel mécanisme vital le met-elle à l'abri, pour un certain temps, de la manifestation morbide? C'est là une question

d'un autre ordre que je ne puis traiter en ce moment, et si j'ai choisi cet exemple, c'est uniquement pour poser cette proposition, que nous ne possédons pas de spécifique contre les maladies déclarées, du moins en laissant au mot *spécifique* l'acception que généralement le public lui donne.

Je n'ai donc pas cherché un spécifique du choléra, mais j'ai étudié le choléra dans ses manifestations diverses, depuis la simple *influenza* jusqu'au choléra confirmé ou algide, et je me suis convaincu de cette grande vérité, que c'est uniquement dans les *armes de résistance* que nous fournirons à l'organisme, que nous devons trouver nos moyens de salut.

Le choléra nous attaque à la manière des affections miasmatiques, opposons-lui, même avant ses manifestations, les lois générales de l'hygiène et les toniques par excellence : un bon régime alimentaire, la camomille et le quinquina.

La première manifestation sensible, et sans contredit la plus commune, est celle qui se traduit par de l'émotion intestinale, par les troubles de l'appareil digestif; soignons-la, en remplissant les indications que présente chaque individu : débarrassons le phlétorique sans l'affaiblir ; modifions la forme des sécrétions; tarissons les hypersécrétions trop abondantes.

Malgré nos soins, l'influence morbide est-elle si considérable chez l'individu, que nous n'ayons pu l'enrayer dans son développement; ne nous abandonnons pas, et puisons dans notre arsenal des armes plus puissantes encore; empêchons la déperdition du calorique humain, en enveloppant le malade d'une atmosphère de chaleur supérieure à la sienne propre; réveillons, par les moyens connus, les fonctions des centres nerveux du grand sympathique, et portons secours là surtout où l'organisme est menacé.

Pour remplir ces indications, nous trouvons dans notre matière médicale des agents précieux : l'esprit de Mindérérus comme diaphorétique, névrosthénique, et surtout par sa propriété d'élever la température animale (*Union médicale*, 21 et 25 octobre 1851) et de maintenir, à haute dose, la fluidité du sang.

L'ipécacuanha possède aussi cette rare propriété, à haute dose, d'élever la température animale, de modifier les sécrétions, de provoquer des contractions puissantes, et d'expulser les produits de sécrétions.

Je ne puis entrer dans la longue série de tous les agents thérapentiques propres à remplir chaque indication ; mais assurément il faudra avoir égard, ns le choix à faire, à leur action élective et

dynamique, à leur spécificité dans les modifications, dans l'impulsion qu'ils impriment aux organes. Entre autres, je recommandais, en 1853, l'étude de certains agents encore laissés dans l'oubli par une trop grande préoccupation de trouver un *spécifique* de l'*entité cholérique*, et je veux en dire deux mots, avant de terminer ce mémoire déjà bien long.

J'avais fait préparer chez M. Grillon, alors pharmacien dans mon voisinage, de la liqueur de Lewis (ammoniure de cuivre), et je me proposais de l'expérimenter dans les conditions de son administration ordinaire, c'est-à-dire comme un médicament névrosthénique; en effet, sur quelques sujets atteints de choléra, et chez lesquels persistèrent, pendant la période de réaction, un léger sentiment de froid, mais surtout des crampes, je prescrivis, avec succès, quelques gouttes de la liqueur cuprique, et je pus ainsi débarrasser le malade d'une souffrance qui ramenait dans sa pensée la crainte d'une recrudescence. Cet agent peut donc trouver son utilité.

Encore un mot sur les révulsifs appliqués au centre épigastrique: le sinapisme, le vésicatoire, puis enfin le marteau de Mayor et, à son défaut, le fer rouge, si puissant dans les cas d'asphyxie pour réveiller les synergies vitales; j'ai prescrit aussi, dans plusieurs circonstances, une application de sangsues au creux de l'estomac, non-seulement comme un révulsif puissant, mais encore comme moyen de combattre l'hyperémie des ganglions.

Je termine par ces deux propositions:

Le CHOLÉRA est un empoisonnement hyposthénique à *électivité* sur le système nerveux ganglionnaire, *à spécificité maligne;*

Son TRAITEMENT consiste essentiellement à prémunir l'organisme contre l'*influence accumulée* et à combattre avec nos remèdes les plus actifs ses effets consécutifs sur les appareils.

Dr LECOINTE.

Octobre 1865.

BIBLIOGRAPHIE.

De la granulie, ou maladie granuleuse, connue sous les noms de fièvre cérébrale, de méningite granuleuse, d'hydrocéphale aiguë, de phthisie galopante, de tuberculisation aiguë, etc., par M. G.-S. EMPIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, chevalier de la Légion d'honneur, membre de la Société anatomique, etc.

« Les diverses formes de cette affection sont disséminées dans les cadres nosologiques, autant que l'étaient celles de la fièvre

typhoïde dans les pyrétologies des anciens et dans celle de Pinel. Il est temps, cependant, d'en centraliser l'étude, et nous avons pour cela tous les éléments cliniques nécessaires; mais il est indispensable, tout d'abord, de convenir d'un nom qui désigne la maladie, quelle que soit la forme qu'elle affecte, car tous les noms différents sous lesquels on la connaît, ont le grave inconvénient de faire méconnaître l'unité de l'affection, et de perpétuer des erreurs dans les nosographies, en considérant comme des entités morbides distinctes des maladies qui sont identiques par leur cause, et qui ne diffèrent entre elles que par leur forme. » J'ai cru devoir emprunter au livre de M. Empis, dont nous allons nous occuper, cette courte citation, parce qu'elle marque nettement le but que l'auteur se propose, et qu'en même temps elle nous place de suite au point de vue précis où lui-même s'est placé pour étudier, pour élucider la question qu'il s'est posée, et s'efforce de résoudre.

Avant d'exposer et de démontrer ses propres affirmations, le savant médecin de la Pitié avait à redresser plusieurs erreurs qui, depuis longtemps, ont cours dans la science sur la question difficile, qu'en homme qui a conscience de sa valeur, il n'a pas craint d'aborder. Deux de ces erreurs surtout devaient appeler son attention, et demandaient, avant tout, à être victorieusement réfutées; c'est, d'une part, la conception théorique de l'identité des tubercules et des granulations fibro-plastiques qui n'en seraient que le premier degré d'évolution, et de l'autre, l'ordre de succession de ces granulations et des phénomènes de phlogose locale qui les accompagne, et qui, dans l'opinion commune, est un pur effet du traumatisme diathésique. Comme c'est là la pierre angulaire de l'édifice nouveau que se propose d'élever notre très-distingué confrère, on comprend que non-seulement il ait consacré des chapitres particuliers à la discussion de ces questions, mais qu'il y revienne en maintes occasions, et toutes les fois que l'étude de ces symptômes, les données de l'anatomie pathologique, etc., l'y ramènent, et lui fournissent des arguments en faveur de la thèse originale qui est l'objet de son très-intéressant ouvrage.

Cette démonstration faite, M. Empis s'applique à établir ce qu'il faut entendre par la maladie générale qu'il appelle *granulie*, et dont les déterminations morbides, ou, si l'on veut, localisations diverses, ont été plus ou moins compendieusement étudiées, mais sans qu'on se soit beaucoup occupé de saisir le lien qui les unit, soit entre elles, soit avec des affections d'un autre ordre, avec lesquelles elles ont des affinités plus ou moins grandes, mais dont elles se

distinguent par des caractères que notre honorable confrère s'est appliqué à mettre en pleine lumière.

Comme le travail de M. Empis est un travail fait avec beaucoup de méthode, qu'il a été longuement médité en présence des faits dont il sort, avant d'être ainsi soumis à la coupelle de la critique, il a naturellement trouvé une forme didactique qui enseigne par elle-même, si nous pouvons ainsi dire. Indiquer le cadre dans lequel notre savant et studieux confrère a développé sa pensée, c'est le meilleur moyen de mettre le lecteur à même d'en mesurer à l'avance toute la portée, et en même temps de faire pressentir ce qu'il y a de vraiment original dans la conception du laborieux médecin de la Pitié. C'est ce que nous allons faire d'une manière succincte ; rien que cette simple indication suffira, nous en sommes sûr, pour exciter la curiosité des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, et appeler leur attention sur un livre qui leur promet un enseignement plein d'originalité. Ce livre est, d'ailleurs, d'une lecture d'autant plus facile et plus fructueuse que chaque chapitre est précédé d'un argument qui en résume d'une manière sommaire la substance ; le lecteur est ainsi prévenu à l'avance des points sur lesquels son attention devra surtout se porter, suivant les tendances de son esprit, ses doutes ou ses convictions scientifiques.

Ainsi que nous l'avons dit déjà, le premier chapitre de l'ouvrage de M. Empis est consacré à donner une idée générale de ce qu'il entend par la maladie qu'il désigne sous le nom de *granulie ;* viennent ensuite le deuxième et le troisième chapitre, dans lesquels l'auteur expose les résultats précis de ses laborieuses recherches d'anatomie pathologique, qui peuvent éclairer et justifier la synthèse nouvelle qu'il se propose d'introduire dans la science, en ramenant à l'unité un certain nombre de déterminations morbides, qui en ont été mal à propos distraites, et en en séparant quelques autres qui n'y ont pas été moins illogiquement ralliées. Dans les discussions scabreuses que soulèvent ces questions, M. Empis rencontre plus d'une fois sur sa route des noms imposants, qui ont servi comme de passe-port à des conceptions erronées qu'il combat ; le médecin de la Pitié ne se départ jamais ici d'une discussion courtoise et de bon goût ; il rend à César ce qui appartient à César, mais il rend aussi... à la vérité ce qui appartient à la vérité : nous l'en louons doublement. Si la flatterie est l'ennemie mortelle de la science, une critique irrespectueuse ne lui est pas moins funeste. La symptomatologie de la granulie occupe une large place dans le livre de notre honorable confrère : c'est de là partout en effet, soit qu'on considère

la maladie dans sa première ébauche, si nous pouvons ainsi dire, soit qu'on l'étudie dans ses déterminations locales les plus accentuées, soit qu'on la suive dans son association fréquente à la tuberculisation, etc.; c'est de là partout, répété-je, que surgissent de nombreuses difficultés pour les vues nouvelles, originales que M. Empis s'efforce de faire prévaloir sur la doctrine généralement acceptée.

Après avoir médité cette discussion serrée, cette fine analyse de nuances symptomatiques souvent très-délicates, et que toutes les rétines ne seront pas aptes à saisir, tous se rallieront-ils au drapeau de l'habile médecin de la Pitié ? Nous ne savons : mais ce dont nous sommes sûr, c'est que si M. Empis, en marchant dans cette voie nouvelle, s'est inévitablement heurté à des difficultés qu'il n'a pas complétement résolues, l'idée générale, dont il a entrepris la démonstration, se laisse au moins déjà pressentir comme une vérité qui, un jour ou l'autre, et avec les tempéraments que le temps pourra y apporter, s'installera définitivement dans la science, comme une donnée importante nouvelle. L'auteur n'a pas consacré moins de six chapitres distincts à cette partie fondamentale de son très-intéressant ouvrage : c'était là qu'était le joint de la question ; l'auteur l'a compris et n'a rien négligé pour établir les distinctions sur lesquelles repose le point doctrinal nouveau qu'il s'agit de démontrer. En traitant, dans le dixième chapitre de son livre, de la marche, de la durée et de la terminaison de l'affection granulique, il s'est encore efforcé de prouver que, même à ce point de vue nouveau, la granulie se pose encore dans les cadres nosologiques comme une affection originale, comme une affection distincte, qui doit occuper une place à part. Enfin les trois derniers chapitres ont pour objet essentiel le diagnostic différentiel de la maladie, la détermination de sa nature propre, autant qu'on peut l'atteindre dans l'état actuel de la science, et le traitement. Le diagnostic différentiel a été traité avec d'autant plus de soin, que toucher à cette question, c'était passer, à un certain degré, de l'ordre spéculatif à la pratique même. Ce chapitre ne sera pas assurément le moins lu : et on aura raison, car c'est là que se révèle surtout la vérité que M. Empis s'efforce d'établir. Quant à la thérapeutique qu'appellent l'affection granulique elle-même, et les déterminations locales variées par lesquelles elle tombe plus directement sous le coup de la pratique, hélas! si bornée de l'art vis-à-vis de l'état général qui les commande; quant à la thérapeutique, M. Empis l'a traitée avec d'autant plus de soin que, dans sa pensée, la granulie

se distinguant essentiellement de la tuberculose, mais pouvant y conduire, enrayer l'une, c'est prévenir l'autre.

J'aurais voulu que le temps et l'espace dont je dispose ici me permissent de développer davantage l'idée originale, comme les conclusions pratiques de ce livre : ce que j'en ai dit pourtant, si sommaire que ce soit, suffira, j'espère, pour en bien marquer l'esprit et les tendances, et inspirer à ceux sous les yeux desquels ces lignes rapides viendront à tomber, le désir de lire, de méditer l'ouvrage important de notre très-distingué confrère.

Comme nous aimons en toutes choses à montrer le côté qui peut fixer davantage l'attention des hommes pratiques, qu'on nous permette de finir ce trop court article par une citation du livre du laborieux et sagace médecin de la Pitié, qui le recommande surtout à ce point de vue, et que pouvait faire oublier le titre même sous lequel il se produit : « Un des principes sur lesquels, dit l'auteur, doit s'appuyer le médecin pour le traitement de la granulie, c'est la curabilité ! (Bien que, grammaticalement, ce point d'admiration soit un peu risqué, nous le conservons.) La confusion qui a existé jusqu'à ce jour dans la description de l'affection qui nous occupe, tantôt prise pour une inflammation tuberculeuse, tantôt méconnue sous un nom étranger, et confondue avec toutes sortes de maladies très-différentes, fait qu'on a proscrit, en bloc, du domaine de la curabilité, ses différentes formes, sans faire judicieusement la part des conditions expresses, dans lesquelles les unes guérissent souvent et les autres ne guérissent presque jamais. La doctrine de l'incurabilité est, d'ailleurs, désastreuse en thérapeutique : enseigner à de jeunes médecins que cette maladie est fatalement mortelle, c'est leur fermer la voie du progrès et les encourager à demeurer dans une expectation déplorable, alors qu'il y a des indications fort importantes à remplir, pour sauver le malade. » Ah ! qu'ils viennent, qu'ils surgissent des quatre coins de l'horizon ceux qui nous apportent de si bonnes nouvelles ; salut à l'avance à ces évangélistes de la médecine qui se meurt, et qui la ressusciteront, n'en doutons pas.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'emploi du chlorure de sodium dans le traitement du choléra. — Le traitement suivant est mis en pratique avec succès à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. X. Richard. Les

malades étant presque tous apportés dans l'état suivant : vomissements, diarrhée et algidité plus ou moins prononcée, il leur est administré immédiatement un vomitif avec la poudre d'ipécacuanha, 2 grammes en trois ou quatre doses, à prendre à un quart d'heure d'intervalle. Il se produit alors des vomissements qui ont pour effet de favoriser une réaction salutaire, qui se traduit par des sueurs, le retour de la chaleur et l'amélioration du pouls. Plus les vomissements sont prompts et abondants, plus tôt la réaction se fait. Si l'ipéca ne provoque pas de vomissements, le malade n'éprouve pas de soulagement, et, dans ces cas, M. Richard n'hésite pas à recourir une seconde fois à ce même moyen. Si la réaction obtenue n'a pas été suffisante (ce qui jusqu'ici ne s'est vu qu'exceptionnellement), le malade est soumis à une affusion froide, ou à un enveloppement avec le drap mouillé, pendant une durée d'une ou deux minutes, et l'on aide le retour de la chaleur en entourant le malade avec des boules et des briques chaudes. En même temps, la soif ardente, qui est si pénible chez quelques personnes, est calmée par les boissons suivantes : thé au rhum, tisanes de menthe, de camomille; eau de Seltz et glace, s'il y a tendance au vomissement. Nous avons remarqué que les malades se dégoûtaient très-facilement du rhum et du punch, et qu'il était préférable de varier leurs boissons en consultant leurs goûts. Une fois ces premiers soins administrés, M. Richard leur prescrit un julep avec 8 grammes de chlorure de sodium aromatisé avec du sirop d'écorce d'oranges, à prendre par cuillerée à bouche chaque demi-heure. Pour que ce médicament soit mieux toléré par l'estomac, après l'ingestion de chaque cuillerée de la potion, le malade prend immédiatement un peu de glace pilée; on se trouve bien aussi, dans le même but, d'y ajouter 12 à 15 gouttes de laudanum de Sydenham. Concurremment avec la potion au chlorure de sodium, des lavements salés sont administrés aux cholériques [1]. Enfin, lorsque la diarrhée n'est pas très-forte et que l'état du tube digestif le permet, deux ou trois lavements vineux par vingt-quatre heures ont paru utiles pour ramener les malades et rétablir la calorification. Tel est le mode de traitement qui, employé autrefois par Chomel et Aran, a donné entre les mains de M. Richard un bon nombre de guérisons. Nous ne ferons qu'une

---

[1] Voici la formule du lavement :

Eau....................................	200 grammes.
Chlorure de sodium......................	8 grammes.
Laudanum de Sydenham..................	10 gouttes.

seule remarque, c'est qu'au point de vue théorique rien ne paraît plus rationnel, puisqu'il est démontré que les déjections des cholériques (selles et matières vomies) contiennent en grande proportion du chlorure de sodium.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement du choléra à la période algide. Même à cette période, il ne faut pas désespérer de la guérison, et la preuve, c'est que M. Liégard (de Caen) a obtenu, lors de l'épidémie de 1832, une proportion de six guérisons sur dix par les moyens suivants :

Loin de chercher d'abord à provoquer un réchauffement artificiel qui n'est qu'un effet du remède, nous voulions non pas, comme on l'a dit encore, réchauffer un cadavre, mais bien, au contraire, relever les forces vitales et provoquer une réaction véritablement organique. Pour cela, après avoir pratiqué, sur toute la colonne vertébrale, une vigoureuse friction avec un liniment ammoniacal térébenthiné, nous administrions, dans quelques cuillerées d'eau, 1 à 2 grammes d'ipécacuanha en poudre, que nous répétions une demi-heure après, s'il était nécessaire; mais, généralement, une seule dose suffisait. En effet, quelques minutes après, le malade était pris de vomissements violents, accompagnés d'efforts tels, que toutes les puissances musculaires, et particulièrement celles du diaphragme et des muscles abdominaux, entraient en véritables convulsions : la face rougissait, le pouls se ranimait, la peau se réchauffait peu à peu, et c'est alors seulement que le malade, enveloppé d'une couverture de laine très-chaude, était brossé et frictionné longuement et très-énergiquement. De plus, comme tous ces cholériques étaient tourmentés par une soif inextinguible, et que les boissons abondantes entretenaient à la fois les évacuations par haut et par bas, comme aussi tous ressentaient une chaleur brûlante à l'intérieur, nous avions soin de tromper cette soif au moyen de quelques cuillerées d'eau très-froide, et d'éteindre cette chaleur interne avec de petits morceaux de glace que nous leur faisions sucer et avaler continuellement : il nous paraissait évident qu'à mesure que cette chaleur intérieure diminuait, la soif s'éteignait, la chaleur extérieure augmentait, le pouls se relevait et se développait de plus en plus. Chose remarquable, la voix, qui était éteinte avant l'administration de l'ipéca, reprenait aussitôt, après les secousses du vomissement, son timbre naturel, ce qui était pour nous d'un très-bon présage ; les urines supprimées reparaissaient aussi quelques instants après. Quant à la réaction, celle-là était si *franche*, que l'*algidité* ne revenait presque jamais ; nous n'avions plus à craindre et à combattre que les congestions cérébrales et pulmonaires, qui furent la cause de la mort de quelques-uns de nos malades que nous avions pu croire entièrement hors de danger.

J'ai parlé du liniment ammoniacal térébenthiné. Il peut, je crois, stimuler utilement les racines des nerfs du mouvement et surtout celles de la sensibilité, et aider ainsi à la réaction ; mais, dans le plus grand nombre de cas, quand le pouls était encore sensible, la poudre d'ipécacuanha était employée d'emblée, et la réaction n'en était pas moins prompte et durable... Je le répète encore, parmi les plus gravement atteints, nous en avons sauvé six sur dix, résultat bien capable de relever l'espérance des malades et des médecins. (*Gazette des hôpitaux.*)

Emploi du goudron pour prévenir la reproduction des furoncles. Le furoncle est le compagnon de toutes les maladies cutanées aiguës intenses : on le rencontre avec le zona, le strophulus, l'eczéma, etc. Quand un furoncle est guéri, il en revient un autre, et c'est ainsi que cette affection se prolonge indéfiniment chez certains sujets. Nous avons vu dans le service de M. Hardy une femme qui, s'étant frotté le bras pour quelques douleurs avec une pommade camphrée, avait provoqué un eczéma aigu qui bientôt s'était accompagné d'une multitude de furoncles. On traita l'eczéma par des cataplasmes, des

bains, des purgatifs; mais l'éruption furonculaire persistait, recrutant chaque jour de nouveaux furoncles sans que l'eczéma s'améliorât sensiblement. La malade fut mise à l'usage de la tisane de pensées sauvages et de séné; puis on lui prescrivit pour chaque jour quatre verres d'eau de goudron à prendre aux repas avec du vin. Après quelques jours de ce traitement, l'eczéma avait disparu, et les furoncles avaient cessé de se reproduire. Le même résultat a été constaté chez d'autres malades, et ces divers faits sont venus ainsi confirmer l'efficacité du goudron comme moyen d'empêcher la reproduction des furoncles.

M. Hardy a expérimenté contre cette affection de nombreux agents thérapeutiques, et il a vu que les bains émollients et les cataplasmes ne faisaient qu'en favoriser la multiplication. Les purgatifs administrés en pareil cas sont à peu près impuissants; l'arsenic réussirait peut-être mieux; mais cet agent a quelque chose de solennel qui intimide, tandis que l'eau de goudron est d'une application très-facile et très-innocente; et, comme en définitive c'est ici le meilleur remède qu'on puisse prescrire, il n'y a aucune raison pour ne pas y recourir d'emblée. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Danger des injections sous-cutanées. Le professeur Nasshaum (de Munich) vient de publier une note que reproduit le *Medical Times* du 23 septembre.

Le docteur Nasshaum, souffrant depuis plusieurs mois d'une névralgie rebelle, s'était fait sur lui-même plus de 2,000 injections sous-cutanées, et il avait introduit quelquefois sous la peau plus de 25 centigrammes de morphine en trente-six heures.

Il y a deux mois, recourant de nouveau à ces injections, il avait chargé sa seringue avec 10 centigrammes d'acétate de morphine, dissous dans 15 gouttes d'eau. Accidentellement, il s'est trouvé que l'injection a pénétré dans une veinule sous-cutanée. L'auteur raconte la dangereuse position dans laquelle il a été pendant deux heures, après quoi les effets toxiques de la morphine ont cessé. Déjà, M. Nasshaum avait vu de semblables phénomènes se produire, mais à un degré moindre, chez deux malades, et le professeur, dans ses leçons, a formellement dit qu'il pouvait être impossible d'éviter sûrement les veines, et que l'on en pouvait ponctionner une, et que, en conséquence, on devait faire les injections sous-cutanées très-lentement.

Les effets des médicaments injectés sous la peau sont si rapides, que le chirurgien peut alors facilement cesser immédiatement de faire manœuvrer le piston de la seringue au moindre signe de danger, et même il est possible d'aspirer le liquide mélangé au sang, et de retirer ainsi une partie de la substance toxique injectée dans les veines.

Il est remarquable, ajoute le rédacteur du *Medical Times*, de voir ainsi la différence qui existe dans les conditions de l'injection sous-cutanée, lorsque les veines sont ouvertes et lorsque l'absorption du médicament se fait dans le tissu cellulaire, les membranes des vaisseaux étant intactes.

Nous avons cru utile de reproduire cette note, afin que le médecin soit prévenu de la possibilité de cet accident; mais nous ferons observer qu'ayant à trois reprises différentes, en pratiquant une injection hypodermique de morphine, introduit la canule dans une veinule, à tel point que le sang sortait par le pavillon, nous n'avons constaté aucun phénomène inquiétant: l'effet n'en a été ni plus prompt, ni plus accentué.

Traitement de l'urticaire. On prescrira des bains alcalins, si l'urticaire n'est pas trop prononcée, puis des bains de sublimé. M. Hardy considère ces derniers comme le spécifique de la démangeaison. Nous avons vu dans ses salles une femme qui avait un prurit atroce. Après deux bains de sublimé, ce prurit avait disparu. Un topique également très-bon pour atteindre le même but, et qui produit parfois une sédation immédiate, est la poudre suivante :

Oxyde blanc de zinc.	10	grammes.
Camphre.	5	—
Amidon.	40	—

Mélangez.

M. Hardy prescrit aussi, en pareil cas, des lotions faites avec un quart de vinaigre et trois quarts d'eau. On étend cette solution avec une éponge, ou, au lieu d'eau vinaigrée, on emploie de l'eau aiguisée d'acide nitrique, à la dose de 1 à 2 grammes d'acide pour 9 litres d'eau.

La médication interne se compose d'orangeade, de limonade, d'eau d'orge, d'eau de chiendent, d'eau vineuse;

puis vient le régime alimentaire, qui est d'une grande importance. M. Hardy exclut sans pitié la charcuterie et même le porc frais : il prohibe tous les coquillages, de même que certains légumes, tels que les choux, qui, comme les fraises, occasionnent l'urticaire et le strophulus. (*France médicale.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Mode de propagation du choléra. Voici les conclusions d'un travail de M. Jules Worms :

I. Sur les bords du Gange, et sous des influences mal déterminées, il naît un agent spécial, toxique pour beaucoup d'hommes.

II. Cet agent se manifeste sur des individus ou des objets rapprochés entre eux ou en mouvement, mais présentant toujours un enchaînement non interrompu.

III. Le choléra est une maladie transmissible. Cet agent manifeste son influence sur certains individus de l'espèce humaine (probablement aussi sur des espèces animales), par des effets plus ou moins graves.

IV. La proportion des individus qui sont accessibles à cet agent ne peut être évaluée que très-approximativement, et est, en tous cas, très-minime.

V. L'organisme humain peut devenir un terrain utile pour la multiplication de cet agent, quand il détermine des effets toxiques à un degré plus ou moins élevé.

VI. La multiplication de cet agent toxique a lieu particulièrement dans le canal digestif.

VII. Les déjections alvines et stomacales des malades atteints de choléra renferment l'agent efficace de la transmission. La semence de cette efficacité ne coïncide pas avec l'émission des déjections. Elle lui est postérieure de quelques jours.

VIII. Cette efficacité semble être éteinte au bout de quinze jours à trois semaines.

IX. Les cadavres des cholériques émettent à un plus haut degré que les malades l'agent toxique.

X. Les individus atteints de cholérine seulement émettent par leurs déjections l'agent capable de déterminer autour d'eux le choléra confirmé.

XI. Le plus ou moins de densité du sol dans lequel sont répandues les déjections diminue ou favorise la propagation de la maladie.

XII. Les circonstances qui, en dehors de la réceptivité individuelle, et dont les conditions sont tout à fait inconnues, favorisent l'affinité efficace pour l'agent toxique, sont les affections dépressives du système nerveux, les écarts de régime, les excès, toutes choses qui diminuent l'énergie organique, nécessaire pour l'élimination de l'agent toxique.

XIII. L'agent toxique, mêlé à l'atmosphère, perd son efficacité en grande partie.

XIV. Son énergie est en raison de sa concentration. Sa concentration est plus en raison de l'importance des foyers.

XV. Le rayon de l'action efficace de l'agent toxique est très-limité. Sa diffusion dans l'atmosphère en diminue et en annule les effets.

XVI. Les indications pratiques qui découlent de ces conclusions sont les suivantes :

1° Établissement de quelques mesures particulières à l'égard des personnes saines et des objets venant des lieux infectés.

2° L'état de la science doit faire porter à croire que les personnes saines et les objets n'ayant pas servi à l'usage des malades sont des agents peu propres au colportage de l'agent toxique, celui-ci devant être produit en grande masse (comme cela arrive seulement chez les malades et comme il existe sur les objets qui ont reçu leurs déjections) pour être efficace.

3° Mesures très-sévères à l'égard des personnes malades arrivant d'un pays infecté.

4° Isolement de ces malades.

5° Désinfection ou destruction de leurs déjections. Ces mesures, appliquées avec soin dans d'autres pays, ont donné des résultats inespérés.

6° Inspection sanitaire bien réglée. Appel à la sollicitude de tous les médecins du pays, pour les engager à signaler à l'autorité les premiers cas de la maladie, et appliquer aux premiers malades observés, et surtout à leurs déjections, les règles précitées.

7° Nécessité de ne pas laisser dans les maisons, mais de transporter dans des lieux spéciaux, les cadavres cholériques.

8° Isolement.

9° Ne jamais perdre de vue que, même dans une épidémie déclarée et étendue, les barrières opposées à l'ir-

radiation de chaque cas de choléra en particulier peuvent prévenir des malheurs nombreux.

10° Tenir compte des faits observés de recrudescence des épidémies au printemps, quand une épidémie s'apaise avec les premiers froids, et se mettre en mesure d'en empêcher les ravages ultérieurs possibles. (*Académie de médecine.*)

Procédé pour obtenir la cessation immédiate des crampes dans le choléra. Ce procédé, adopté dans les dernières épidémies par M. Guyon, consiste dans le redressement des parties contractées ou crampées, à savoir : du pied sur la jambe dans les crampes des membres inférieurs, et de la main sur l'avant-bras dans les crampes des membres supérieurs. Pour ceux-ci, le redressement s'opère en tenant l'avant-bras d'une main, tandis que, de l'autre, saisissant la main crampée, on la renverse sur l'avant-bras, après en avoir redressé les doigts; et, pour les membres inférieurs, en saisissant le talon d'une main, tandis que de l'autre on renverse le pied sur la jambe, après avoir fait pour les orteils ce que nous venons de dire pour les doigts.

Le redressement dont nous parlons ne doit pas se faire brusquement; il doit, au contraire, s'opérer avec une *certaine lenteur*, la main ointe ou non de quelque corps gras.

Les crampes, tout le monde le sait, constituent dans le choléra un symptôme des plus douloureux; il arrache des cris aux malades... Mais que lui oppose-t-on? Des frictions plus ou moins fortes, des applications rubéfiantes et autres, toutes médications qui ne font qu'ajouter la douleur du remède à celle du mal, et peuvent amener les refroidissements, si à craindre dans le choléra. Sans doute, les crampes dont on obtient ainsi la cessation, non pas seulement dans le choléra, mais encore dans les crampes ordinaires, ces crampes, disons-nous, peuvent revenir, comme elles reviennent après leur cessation naturelle; mais on recourt alors au même procédé, et c'est toujours avec un semblable résultat. (*Acad. des sciences.*)

VARIÉTÉS.

Bulletin du choléra. — L'épidémie sévit actuellement sur tous les quartiers de Paris, mais d'une façon inégale. Ce sont toujours les hôpitaux Beaujon, Lariboisière et Saint-Antoine qui reçoivent le plus de malades. L'Hôtel-Dieu, pendant la seconde semaine d'octobre, a aussi donné asile à bon nombre de cholériques. Cependant jusqu'ici cette épidémie n'a pas atteint la gravité des précédentes, puisque le 15 octobre, jour où la mortalité a été la plus forte, le chiffre des décès par le choléra n'a pas dépassé 250, chiffre relativement minime, si l'on songe à l'énorme accroissement de la population parisienne.

Dans la dernière semaine qui vient de s'écouler, le nombre des malades apportés dans les hôpitaux a beaucoup diminué; mais, en revanche, on a vu se développer dans les salles des cas assez nombreux de choléra, principalement chez les convalescents et les gens atteints de maladies chroniques, aussi la mortalité est-elle toujours considérable. En dehors des hôpitaux, il y a progression croissante.

Rien ne permet donc d'affirmer que l'épidémie soit en voie de décroissance.

L'administration des hôpitaux a fait ouvrir pour les convalescents l'ancien hospice des Ménages, situé rue de Sèvres, et le service a été confié à M. le docteur Gombaut, l'un des médecins du Bureau central.

L'Empereur, accompagné du général Reille, son aide de camp, est allé à l'improviste visiter l'Hôtel-Dieu. Pendant une heure, Sa Majesté a parcouru toutes les salles et a parlé aux malades atteints de choléra. Le lendemain, l'Impératrice s'est rendue successivement aux hôpitaux Beaujon, Lariboisière et Saint-Antoine, prodiguant partout des secours et des consolations. Ces deux visites ont produit le meilleur effet sur le moral de la population.

Par décret, en date du 13 octobre 1865, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Spilleux, médecin-major de 1re classe.
Au grade de chevalier : MM. Clérambourt, médecin-major de 2e classe; Fernandez Munilla, Cahours, Cret-Duverger, médecins aides-majors de 1re classe; Roullié, vétérinaire en deuxième.

Les juges du concours pour l'internat sont MM. Frémy, Fournier, Féréol, Depaul, Monod, juges titulaires ; MM. Demarquay, Jaccoud, juges suppléants.

Les juges du concours pour l'externat sont MM. Siredey, Gombaut, Cadet de Gassicourt, de Saint-Germain, Liégeois, juges titulaires; MM. Besnier, Guéniot, juges suppléants

M. Gayet, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Delore, professeur suppléant pour les chaires de matière médicale et thérapeutique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur suppléant pour la chaire d'accouchement et de clinique obstétricale (emploi nouveau) à ladite Ecole.

M. Chedevergne (Samuel), docteur en médecine, est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le Congrès médical qui s'est tenu à Bordeaux a eu un succès complet. La dernière séance a été marquée par deux incidents d'une certaine importance et que nous croyons devoir faire connaître.

M. Willemin, au nom de la Société de médecine de Strasbourg, a demandé que le Congrès tînt sa prochaine séance, celle de 1866, dans cette ville. — Cette invitation a été acceptée avec enthousiasme.

Immédiatement après, M. Henri Gintrac est monté à la tribune et a fait la communication suivante :

« Notre honorable confrère, M. Willemin, vient de nous proposer de choisir Strasbourg pour siége du Congrès médical de 1866, et nous acceptons avec empressement la gracieuse hospitalité qui nous est offerte. Permettez-moi de porter mes regards plus loin.

« Le succès des assises médicales inauguré en 1863 par la ville de Rouen, confirmé à Lyon l'an dernier, n'est peut-être pas moins éclatant à Bordeaux.

« Des questions importantes ont été l'objet d'études approfondies, un grand nombre de travaux en dehors du programme ont été présentés par les hommes les plus compétents, les discussions qui ont suivi les lectures ont jeté de vives lumières sur des sujets d'un haut intérêt.

« Eh bien, messieurs, cette somme considérable d'utilité scientifique et d'avantages sérieux qu'a pu produire le Congrès médical de Bordeaux, je viens vous proposer de la centupler en demandant pour l'année 1867 la réunion à Paris d'un Congrès médical plus que français, d'un Congrès international des médecins de tous les pays.

« En 1867, vous le savez, une Exposition universelle doit faire converger à Paris les intelligences de tous les pays civilisés. N'est-ce pas une admirable occasion d'interroger les représentants de la science médicale de toutes les contrées, de former comme le faisceau des connaissances acquises en lieux si divers, de s'assimiler les découvertes et les progrès obtenus ailleurs, de préparer la solution des plus hautes questions de l'hygiène publique et humanitaire ?

« C'est de Bordeaux qu'est partie l'initiative de la grande Association confraternelle des médecins de France, j'ai à cœur que notre ville ait encore l'honneur de faire entendre au nom de la science un appel aux médecins de tous les pays.

« Je propose donc que le Congrès de Bordeaux émette le vœu qu'un Congrès international de médecins soit tenu à Paris en 1867. »

Cette proposition a été accueillie par d'unanimes applaudissements.

Le choléra continue à faire des victimes parmi les membres du corps médical. Ainsi, M. le docteur Bréard, de Paris, a succombé à une atteinte de l'épidémie.

Un externe de l'hôpital Saint-Antoine, M. Cacciaguerra, vient de succomber rapidement, victime de son dévouement. Attaché au service spécialement destiné aux cholériques, Cacciaguerra contracta la maladie vers le commencement de la semaine. Il fut transporté à la Maison de santé le jeudi 12 et expira dans la nuit, malgré des soins empressés. Ses funérailles ont eu lieu au milieu du concours de ses maîtres et de ses condisciples. M. le directeur de l'Assistance publique, MM. les docteurs Bourdon, Cazalis, Boucher de la Ville-Jossy, les internes de la Maison de santé et de l'hôpital Saint-Antoine, étaient venus lui rendre un dernier hommage. M. le docteur Boucher de la Ville-Jossy a dit sur cette tombe, si prématurément ouverte, un suprême adieu, en des termes que lui inspirait l'affection toute particulière qu'il portait à son élève.

Quelques jours après, un de ses collègues, M. Mocquot, le suivait dans la tombe.

M. Hommey, chef interne de l'hospice civil de Toulon, et le docteur Aquaronne, de la même ville, attaché à l'ambulance du vieux palais, ont été emportés par le même fléau.

La chirurgie française vient de perdre un de ses plus brillants représentants. M. Malgaigne a succombé à la suite d'une affection cérébrale dont le début remontait à une année.

Un grand nombre de collègues, d'amis et d'élèves ont accompagné à sa dernière demeure cet éminent chirurgien.

M. Malgaigne faisait partie de la chirurgie militante, toujours sur la brèche pour défendre la vérité ou ce qu'il croyait être tel; sa vie tout entière a été consacrée à la science. Orateur très-brillant, il savait ravir ses auditeurs à l'Académie de médecine aussi bien que dans le grand amphithéâtre de la Faculté, où de nombreux élèves se pressaient pour l'écouter. D'une érudition incomparable, critique spirituel, sarcastique, il était merveilleux de l'entendre passer rapidement en revue la chirurgie des siècles passés. L'esprit reste confondu devant ses prodigieuses publications; son puissant cerveau n'a pu résister à d'aussi nombreuses fatigues; M. Malgaigne est mort pour avoir trop pensé.

Comme œuvres magistrales, il laisse un *Traité des fractures et des luxations*, une *Anatomie chirurgicale*, un *Traité de médecine opératoire*, et une admirable édition du livre d'Ambr. Paré.

Si l'on trouve quelques imperfections, quelques erreurs même dans l'*Anatomie chirurgicale*, on y trouve aussi une foule d'idées originales éparses que l'avenir fécondera. C'est un livre précieux qu'il faut méditer. — Le *Manuel de médecine opératoire* est un modèle de clarté, de concision et de précision, il ne paraît pas possible de mieux atteindre le but. — M. Malgaigne se complaisait dans les études historiques. Il voulait compléter son introduction à A. Paré par une étude sur les chirurgiens du dix-septième siècle, étude très-curieuse, nous disait-il l'année dernière; la mort ne lui en a pas laissé le temps. Espérons que les nombreux matériaux qu'il a dû amasser ne seront pas perdus pour l'avenir. Beaucoup plus habile à indiquer qu'à pratiquer les opérations, M. Malgaigne s'est peu livré à l'exercice manuel de son art; mais il est incontestable qu'il a donné à la chirurgie contemporaine une impulsion féconde, qu'il a soumis les faits au contrôle d'une critique inconnue avant lui, qu'il a créé le goût des études historiques; Malgaigne est désormais un nom acquis à la postérité; il est impérissable. P. T.

Rectification. — Dans le numéro du 15 septembre de ce journal, un oubli a été commis dans le titre d'une *Note sur la pâte de Canquoin*. Cet article est de M. Pitre Ménière, interne provisoire en pharmacie. Nous nous empressons de réparer cet oubli, afin d'éviter toute espèce de malentendu ou de mauvaise supposition.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la thérapeutique au dix-neuvième siècle [1].

Par M. BOUCHUT, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants.

Le scepticisme thérapeutique n'a pas de raison d'être, et il n'est plus possible de dire avec Pinel : « *Une maladie étant donnée, déterminer sa place dans le cadre nosologique.* » — Si la médecine devait borner ses efforts à classer et à décrire les maladies, comme les naturalistes classent les animaux, les insectes et les plantes, elle aurait bientôt perdu en prestige dans l'humanité ce qu'elle aurait gagné en considération dans les écoles et dans les académies. Elle doit être avant tout la science qui conduit à la guérison des maladies. Son antiquité en est la preuve. Si l'on pouvait supposer un endroit de la terre où il n'y ait que deux êtres humains en présence, l'un souffrant et l'autre en bonne santé, celui qui se porterait bien se ferait le médecin de l'autre : ainsi est fait le cœur de l'homme. « *Guérir quelquefois*, *soulager souvent*, *consoler toujours*, » — voilà sa devise. En la lui empruntant, la médecine a montré qu'elle était née de ce premier besoin de l'homme vis-à-vis de son semblable. Aucune société n'a pu se former sans avoir pour premier médecin la compassion tendre, dévouée, aveugle peut-être, empirique toujours; mais la charité devient vite clairvoyante et apprend à découvrir ce qui est utile et raisonnable : d'où les premiers essais d'une science qui se fortifie par la foi dans la force de ses moyens.

Celui qui ne croit pas à la thérapeutique n'est pas digne d'être médecin, il ne sera qu'un savant, digne si l'on veut des plus grands honneurs académiques; mais qu'il cesse de compter sur la gloire civile des bienfaiteurs de l'humanité.

Qu'est-ce donc que la foi en thérapeutique? — Est-ce la crédulité aux annonces des ignorants qui proclament la vertu d'un remède, sans savoir ce qu'il est, d'où il vient, ni les indications de son emploi? — Est-ce l'empirisme antique proscrivant la raison du choix des médicaments ? — Ce n'est rien de tout cela. — Croire à la thérapeutique, c'est rechercher l'utilité des remèdes dans les ma-

[1] Fragments de l'Introduction du *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale*, par MM. Bouchut et Despres, qui va paraître prochainement à la librairie Germer-Baillière.

ladies, après avoir expérimentalement étudié leur action sur l'homme et déterminé leurs effets sur sa structure et ses fonctions.

La thérapeutique est le but et la fin de toutes les connaissances médicales. La physique, la chimie, la botanique, l'anatomie normale et pathologique, la physiologie, la pathologie et la clinique lui servent de base et lui fournissent tous ses éléments. Sans cette étude, elle redevient ce qu'elle est au commencement de toutes les sociétés, c'est-à-dire de la compassion et de l'empirisme; mais en s'appuyant sur la connaissance de l'homme sain et de l'homme malade, elle devient la plus noble et la plus belle de toutes les sciences, celle qui soulage, qui console et qui guérit.

Pour faire de la bonne thérapeutique, il ne faut pas en exagérer la puissance; il faut en bien connaître les ressources et savoir qu'elle n'est pas une science mathématique à la portée de tous, dont les éléments soient toujours les mêmes. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit de l'homme plus ou moins malade, différant de son semblable par son âge, son sexe, sa race, sa constitution, son tempérament, ses diathèses, son éducation, sa force morale, ses vices et ses vertus, ainsi que par les qualités et les défauts de sa famille, par la localité et les climats où il prend naissance, par la profession qu'il exerce, le siècle où il vit, la réaction qu'il oppose aux influences physiques et morbides, enfin par la puissance de sa nature individuelle, ce qui fait que, malgré toutes les apparences, deux malades ne se ressemblent jamais assez pour qu'on puisse les considérer comme deux unités de même nature. — Dans ces conditions, ce qui convient à l'un ne réussit pas à l'autre, et la nature inconnue de chacun venant ajouter à l'obscurité du problème de la maladie, il n'y a que le médecin véritablement instruit de toutes les difficultés de la situation qui puisse, en éclairant toutes choses à la lumière de sa conscience et de son génie, prendre une décision convenable dans le choix de sa thérapeutique.

Savoir utiliser les *ressources de la nature* et les *influences morales, hygiéniques, chirurgicales* et *pharmaceutiques* : voilà les conditions de la véritable thérapeutique.

DES RESSOURCES DE LA NATURE DE L'HOMME DANS LA GUÉRISON DES MALADIES.

De la nature médicatrice. — Quand on examine la succession des êtres appartenant aux espèces *hominale, animale, végétale,* on voit que dans leur court passage sur le globe, ils sont soumis à

l'action d'*une double loi de destruction* et de *réparation*. La génération est chargée de combler les vides de la mort.

Il en est de même dans l'*individu*, dont l'organisme reproduit le phénomène observé dans l'*espèce*. Les molécules de l'être sont soumises à un double mouvement de destruction et de réparation. Celles qui se détruisent sont remplacées par de nouvelles, qui obéissent aux lois de la *promorphose* et prennent la place et la forme qui leur est assignée d'avance par la force vivante.

L'homme est soumis à ces lois de l'espèce et de l'individu. Il vient combler les vides d'une génération antérieure, en attendant qu'il disparaisse à son tour. Chez lui, tout est sujet à un continuel mouvement d'apport et de départ, et sa substance se renouvelle sans cesse.

> .... Requieque sine ulla
> Corpora vertuntur, nec quod fuimusve, sumusve,
> Cras erimus..........
>
> (Ovide, *Métamorphoses*, XV.)

Ce n'est pas un être corporel régi par les seules propriétés de la matière. Sa triple nature le sépare des corps inanimés en le rapprochant du monde des esprits. Doué, en tant que vivant, d'une force spéciale à tous les êtres animés, il en a de particulières à son espèce, pour lui donner la pensée, la conscience et le jugement, pour maintenir la forme extérieure de son corps et celle de ses organes, pour régler les métamorphoses de ses tissus, l'exercice et la durée de ses fonctions, etc., etc. Cette force, qui le fait vivre de la vie ordinaire et naturelle, l'assiste dans la souffrance lorsque, troublé par des impressions morbifiques, il lui arrive d'être malade. Conservatrice de la forme et des fonctions normales, elle lutte pour rétablir la structure organique altérée par la maladie. Sa présence se révèle à chaque instant par le travail dynamique et organique qu'elle réalise au sein de l'organisation, pour éliminer un poison, un venin, ou un corps étranger, pour isoler ou séparer un produit morbide des parties saines qui l'entourent, pour réunir des os fracturés, pour oblitérer une artère largement ouverte, pour absorber les matériaux solides ou liquides d'une inflammation des parenchymes ou des séreuses, pour limiter, par la pétrification, l'accroissement de certains produits morbides, etc., etc. Il n'est pas une maladie organique dans laquelle on ne découvre la preuve de son existence, soit par des résultats curatifs complets, soit, au contraire, par une simple ébauche, lorsqu'une action intempestive l'arrête et l'empêche de réaliser complétement son œuvre de répa-

ration ([1]). Hippocrate donnait à cette puissance le nom de *nature*, et la doctrine qui a consacré son intervention dans les actes pathologiques est connue sous le nom de *naturisme*. C'est ce que d'autres ont appelés *force vitale*, *puissance intérieure*, *force* ou *nature médicatrice*.

Dans les actions physiologiques, si harmonieusement préméditées, le concensus, qui les entraîne à un but commun, est bien réellement l'effet d'un effort conservateur agissant pour une fin commune, et les actions réflexes ou sympathies ne sont pas autre chose que des manifestations physiologiques commandées par la puissance de conservation de l'être.

Le grain de poudre placé sur les narines, et qui fait brusquement contracter le diaphragme et les muscles du ventre pour éternuer, est bien l'effet d'une propriété du tissu musculaire; mais l'éternuement ainsi provoqué est un acte réflexe conservateur de l'être, et nécessaire à l'expulsion d'un corps étranger.

L'aspect d'une table bien garnie de mets succulents inonde la bouche de salive, la vue de son enfant fait monter le lait dans le sein de sa mère, dans un but qu'il est à peine utile d'indiquer; et si c'est une propriété des glandes salivaires ou mammaires de faire le lait ou la salive, c'est l'effet de la puissance conservatrice des êtres qui fait paraître ces liquides à propos lorsqu'ils sont nécessaires, et sans aucun contact ni aucune excitation mécanique. — Un froid modéré engourdit les hibernants et détruit leur faculté de produire de la chaleur; mais un froid plus rigoureux les réveille, ranime la calorification pour un moment et les fait périr s'il se prolonge.

Le *consensus*, qui maintient la matière des êtres vivants dans ses combinaisons, et qui dirige l'ensemble par la subordination des parties, n'est pas contestable. La force qui préside à sa formation et à son accroissement ne l'est pas davantage. Donc, il y a une puissance formatrice et conservatrice de l'être dans son état de santé; mais si elle révèle sa présence dans l'état physiologique, il est difficile qu'elle cesse d'agir au moment de la maladie; en tout cas, elle existe encore ailleurs que dans la partie malade, par conséquent ceux qui la nient ne la peuvent mettre en doute que pour une partie limitée de l'organisme. Quelle erreur! Cette partie n'est-elle pas vivante, quoique malade? Mais si elle est vivante, elle dépend du tout, et la force générale de conservation existe chez elle comme dans toutes les autres parties du corps.

([1]) Voyez E. Bouchut, *Traité de pathologie générale et de séméiologie*. 1 vol. in-8° de 1100 pages.

Νουσῶν φύσις ἰητήρ. « La nature (*Traité de l'aliment*) suffit seule aux animaux pour toutes les choses ; elle sait elle-même ce qui leur est nécessaire, sans avoir besoin qu'on le lui enseigne et sans l'avoir appris de personne... Elle est le premier médecin des maladies, et ce n'est qu'en favorisant ses efforts que l'on obtient quelques succès. » Tel est, en quelques mots, le principe de toute la médecine pratique. C'est ce qu'Ambroise Paré a dit plus tard, en d'autres termes non moins mémorables : « *Je le pansay, Dieu le guarit.* »

En effet, *Dieu*, la *nature*, sont les principes de toute guérison, et notre art n'a d'autre but que de favoriser, d'imiter et de provoquer les opérations curatives naturelles.

La plupart des maladies sont susceptibles de guérir sans traitement actif, et par la seule influence de la *nature*. Voilà ce que le médecin doit savoir dès le début de sa carrière, afin de ne pas se faire d'illusions sur la portée de son art, et s'il veut en apprécier exactement les limites. Il évitera de cette manière le double écueil de la crédulité et du scepticisme, si préjudiciable aux perfectionnements de la science, si compromettant pour la dignité du médecin, et si fâcheux pour la santé des malades.

Ceux qui sont très-pressés d'agir, disent, comme Asclépiades, que cette doctrine n'est *qu'une méditation sur la mort*. Ce n'est là qu'un mot créé par l'ignorance, auquel l'expérience et l'observation donnent le plus éclatant démenti. « Si le sage, dit Fr. Bérard [1], faisait comparaître toutes les sectes devant son tribunal, et qu'il écoutât avec impartialité les raisons de chacune d'elles, et surtout leurs occupations réciproques, les médecins mystiques (croyant à la colère du ciel dans la production des maladies, et les abandonnant aux forces de la nature) auraient peut-être à se reprocher le plus de sottises, mais le moins de crimes ; et si les malades étaient appelés comme témoins, ils s'élèveraient moins contre eux que contre les autres. »

Comme l'a dit Bordeu : « La médecine a pour principe une vérité de fait bien constante pour la plupart des malades, et qui est aussi fort utile aux médecins : c'est qu'il est incontestable que, sur dix maladies, il y en a les deux tiers au moins qui guérissent d'elles-mêmes et rentrent, par leurs progrès naturels, dans la classe des simples incommodités qui s'usent et se dissipent par les mouvements de la vie. »

---

(1) *Doctrine de Montpellier*, p. 205.

Si l'homéopathie a trouvé des partisans dans le monde, c'est que la plupart des maladies, guérissant par l'influence des seuls efforts de la nature, le malade, qui s'imagine prendre un remède, lorsqu'il ne boit que de l'eau claire décorée d'un nom pharmaceutique, attribue à ce remède illusoire et à la méthode elle-même une guérison dont l'honneur revient à la *nature*. Si les médecins trop enthousiastes, et que je crois sincères, adoptent ce système, c'est que, trompés par le résultat et subjugués par le fait accompli, ils se hâtent de conclure de la guérison à l'efficacité du remède, sans connaître la marche naturelle du mal et sans se douter qu'un semblable succès eût couronné l'*expectation*. On l'a vu tout récemment. Un homéopathe annonçait très-pompeusement la guérison de la pneumonie aiguë en quatre et six jours, par l'emploi de son système : immédiatement. M. Marotte soumit plusieurs cas de pneumonie aiguë, franche, chez des adultes, à l'*expectation* déguisée par l'usage de potion d'eau de réglisse, et il obtint autant de guérisons tout aussi rapides et aussi concluantes en faveur de sa médication. — Mieux vaut s'abstenir que d'employer, hors de propos, des remèdes actifs et dangereux. — Il est préférable d'abandonner une maladie régulière à sa terminaison naturelle, si elle doit être heureuse, que de la compliquer par l'action de remèdes intempestifs. L'homéopathie n'a de succès dans le monde que par sa substitution aux médecins malavisés qui n'entendent pas l'*indication* et qui ne savent pas s'abstenir à propos. Elle échouera toujours, au contraire, là où il faut agir, et quand elle fait perdre ce moment opportun, désigné par Hippocrate sous le nom d'*occasion*. J'ai connu un homme, mort de hernie étranglée, avec coliques atroces, vomissements de matières bilieuses, pendant qu'on le traitait par l'homœopathie ; il n'eût pas succombé si, au lieu d'avaler un remède imaginaire destiné à calmer ses coliques et ses vomissements, il avait eu près de lui un chirurgien assez instruit pour faire rentrer les viscères à leur place dans l'abdomen. L'homœopathie, qui n'est qu'une *expectation systématique déguisée*, est aussi absurde comme système que les méthodes thérapeutiques qui empoisonnent les malades au moyen de remèdes trop réellement dangereux. Tout cela n'est pas la médecine, ni la thérapeutique. — Agir selon l'occasion en imitant les procédés de la nature, s'abstenir à propos et volontairement, d'une manière raisonnée, voilà le fait d'un médecin expérimenté qui connaît la marche naturelle des maladies.

Connaître la marche naturelle des maladies, savoir comment un

mal doit finir lorsqu'il est abandonné aux seuls efforts de la nature, en considération de son espèce, de sa forme, de l'âge du sujet et des circonstances qui l'entourent : tout est là en médecine. Supposez ces connaissances dans l'esprit du médecin, et sa conduite est toute réglée ; il sait agir ou s'abstenir, selon l'indication, agir pour diriger le mal et le conduire dans une voie convenable, ou s'abstenir, au contraire, avec la certitude d'une guérison spontanée prochaine. — De cette manière, l'art n'est pas compromis par des tentatives absurdes ou hasardeuses, et, s'il intervient, c'est qu'il a des chances de succès. La thérapeutique est vraiment la *science des indications*, pour s'abstenir ou agir, et provoquer des réactions salutaires au moyen d'impressions curatives.

C'est qu'en effet la *nature* est le principe de toute guérison, et notre art ne consiste qu'à favoriser, à imiter ou à provoquer les opérations curatives naturelles.

Il ne faut cependant rien exagérer : ce serait une erreur de croire que cette *action naturelle* et réparatrice des désordres survenus dans le corps humain, soit d'*une puissance* à contre-balancer l'effet des impressions morbifiques et à rétablir l'ordre dans les fonctions troublées. Il n'en est pas ainsi. Trop confiants dans la force du principe et de la puissance médicatrice, ceux qui exagèrent son influence commettent une faute aussi grave que les sceptiques qui en rejettent l'existence. Ils en arrivent, comme Stahl, à rester dans une inaction dangereuse ou funeste, lorsque la gravité du mal et l'insuffisance des efforts médicamenteux nécessitent une intervention immédiate et active. Si l'admission de cette doctrine devait conduire à ce résultat, ce ne serait vraiment, comme l'a dit Asclépiade, qu'une *méditation sur la mort*. Mais ce n'est pas ainsi qu'il faut entendre l'action de la puissance médicatrice; la conception de cette idée n'implique pas le moins du monde celle de la guérison spontanée de toutes les maladies sans l'intervention de l'art. De ce que rien ne guérit sans l'influence bienfaisante de la nature, il ne s'ensuit pas qu'elle ait pour mission de rétablir toujours et partout l'ordre troublé par une maladie, ni qu'elle ait la force de se suffire à elle-même pour arriver à ce résultat. Non, c'est là une exagération condamnable de la doctrine. Assez puissante dans un grand nombre de cas pour amener seule la transition de la maladie à la santé, la nature a besoin d'aide et de direction dans ses *efforts*, et c'est à les découvrir que doit s'appliquer tout l'art du médecin. *Quo natura vergit, eo ducendum*. Ailleurs enfin son travail commence, les nécropsies permettent toujours de le constater; mais il a été insuf-

fisant et trop faible pour lutter contre les effets de la cause morbifique. Jusque dans l'insuccès éclate sa puissance. La mort l'annonce aux vivants, et il est aussi impossible d'en méconnaître l'action que de nier la puissance qui modèle les contours de l'homme dans le sein maternel, les maintient pendant l'accroissement et dans le cours de la vie, malgré la rénovation continuelle de la matière, malgré les déformités congénitales et les formations acquises sous l'influence des forces supérieures.

Rien n'est mieux établi, à mon sens, que l'action providentielle, ordinairement heureuse, de la nature médicatrice, et ce que je viens de dire sur ses insuccès ne détruit point le fait principal.

Les parties divisées ou coupées se réunissent ou se reproduisent en reformant des tissus normaux ou des organes complets. L'homme peut reproduire le cristallin enlevé sans sa capsule (Textor, Leroy), tous les os longs enlevés sans leur périoste (Flourens, Blandin, Ollier); il refait la peau divisée, ainsi que les canaux excréteurs de Warthon et de Sténon; il refait ses cordons nerveux (Schwan, Vulpian), etc.; mais c'est surtout chez les animaux inférieurs où l'on voit les plus merveilleuses régénérations des tissus et des organes. Bonnet a montré que les *naides*, coupées en vingt ou vingt-six morceaux, en engendrent vingt ou vingt-six naides, et qu'on peut voir douze fois leur tête se reproduire après la section. — La planaire coupée en deux, se complète et la tête se refait un estomac, tandis que la partie inférieure comprenant l'estomac se refait une tête. — Les crustacés régénèrent leurs têtes arrachées. — La salamandre dont on coupe le bras, refait son bras avec les muscles, les nerfs, les vaisseaux et les vingt os qui le constituent, etc.

Ailleurs, ce sont les forces générales de la vie qui luttent contre les causes de mort. Ainsi s'expliquent le réveil des hibernants par un froid excessif, la résistance des poumons à l'absorption de l'oxygène au delà des proportions convenables, la guérison des maladies héréditaires, etc., etc.

Les maladies héréditaires ne se transmettent pas fatalement et nécessairement à toute la descendance. Elles épargnent un certain nombre d'enfants, tantôt les filles, tantôt les garçons, et tantôt les garçons ou les filles, d'une manière alternative, sans considération de sexualité. Outre l'influence de l'un des procréateurs, qui peut l'emporter sur l'autre dans la génération, il y a l'*innéité physiologique* et *morbide*, qui crée des variétés individuelles transmissibles par hérédité, et qui les détruit au bout d'un certain nombre de générations. Ainsi disparaissent l'albinisme, la coloration rouge

des cheveux, le strabisme, la polydactylie, la macrobie, le nanisme, la scrofule, la phthisie, et autres dispositions morbides qui, par leur transmission constante et inévitable, eussent rapidement déformé ou détruit l'espèce humaine. En effet, la même partie malade, le même organe altéré, reproduits par hérédité dans toute la descendance d'une famille, feraient des monstres mourant avant l'âge ; les mêmes maladies atteignant les mêmes sexes, dans des myriades de cas détruiraient les mâles ou les femelles ; les mêmes maladies atteignant les deux sexes, les détruiraient tous deux et anéantiraient l'espèce. Il faut donc voir dans l'intermittence de l'hérédité un fait conservateur, constant, universel, qui n'est point le hasard, et qui atteste une finalité dépendante de l'ordre préétabli par la raison première.

La plupart des maladies guérissent seules, en vertu des lois primordiales, qui ramènent la substance corporelle et les forces qui l'animent dans leur état d'équilibre naturel, lorsqu'elles ont été dérangées par une impression morbifique. Rien, dans cette guérison, ne se rapporte à une propriété de la matière brute ; tout, au contraire, résulte de l'action du corps vivant, en tant que vivant, et cette action a le caractère de prévoyance qu'on trouve dans toutes les œuvres du Créateur. Sa préexistence, comme loi, en divinise l'effet. Une impression morbide a produit une phlegmasie obstruant les vaisseaux des tissus : aussitôt dans l'exsudat s'organise une vascularité nouvelle, qui doit en faciliter la résorption dans le torrent circulatoire jusqu'à la guérison.

Un exsudat inflammatoire est tellement abondant, qu'il ne peut être absorbé par le petit nombre des vaisseaux capillaires de nouvelle formation ; d'après les lois de la nature, il se liquéfie, se change en pus, et un travail nouveau le dirige à travers la profondeur des tissus jusqu'à la peau ou vers une cavité séreuse.

Les impressions morbifiques ont engorgé le système circulatoire général ou local, et des hémorrhagies supplémentaires rétablissent l'équilibre.

Lorsque des obstacles se produisent à l'orifice des viscères creux, il se forme, dans les parois de ces viscères, une augmentation de force, qui lutte avantageusement contre l'obstacle et favorise l'issue des excrétions ou des expuitions.

Des vaisseaux s'oblitèrent, et tout autour s'organise une circulation collatérale qui rétablit, avec le temps, les fonctions circulatoires troublées. . . . .

. . . .

Je n'en finirais pas si, à propos des opérations curatives de la vie, je prétendais les faire connaître par une simple énumération. Cela n'est pas mon but. J'ai voulu établir, comme principe général, *la loi de la réparation naturelle* des tissus, en montrant que, dans tous les désordres cités en exemple, il y a eu intervention d'une *influence conservatrice* de la structure des tissus, de la forme des organes, de la régularité des fonctions, et cela par des actes naturels ayant pour but de détruire, de chasser et d'isoler les produits matériels développés chez l'homme par les différentes impressions morbifiques. Tout, dans ces actes, représente la contre-partie des effets morbides; c'est une lutte *de la conservation contre la destruction*, et il est impossible de ne pas placer à côté de la nature créatrice de l'homme une faculté *médicatrice*, susceptible de concourir au but des lois premières de la création, en remédiant aux maux qui affligent le corps humain. Cette action de la nature contre les effets de chaque impression morbifique est aussi évidente que ces effets eux-mêmes, et c'est presque une ingratitude que de la vouloir contester. Il n'est personne qui n'ait des grâces à lui rendre, et à qui elle n'ait rendu quelque bon office.

Ceux qui n'admettent pas la *loi de réparation* opposée à *la loi de destruction* organique, et qui nient l'existence d'une influence providentielle de la nature sur la terminaison des maladies, disent : Mais tout ne guérit pas par la nature médicatrice ; intelligeente, comme vous la supposez, elle ne devrait pas laisser mourir autant de malades; elle ne devrait pas consolider une fracture de travers, ni laisser un membre fracturé se raccourcir ; elle ne devrait pas faire ouvrir un abcès dans le péritoine et amener la mort, ni produire l'étranglement d'une hernie, etc. Toutes ces critiques, et il en est d'autres du même genre, que je n'indiquerai pas, n'ont aucune portée sérieuse. D'abord, parmi les philosophes qui ont admis le dogme de *la nature médicatrice*, personne n'a jamais dit ou insinué que l'influence de la nature fût de force à empêcher de mourir un individu soumis à une impression morbifique violente et profonde. La destinée humaine est fixée d'avance, et les lois de conservation de l'espèce n'ont d'autre pouvoir que de la préserver ou de la conserver un temps défini. Cette action n'a rien de particulier à l'individu ; il ne faut pas se flatter à cet égard ; elle n'est pas relative à la maladie en général, telle que nous la comprenons, formée par une association de phénomènes morbides ; elle est spéciale à un désordre corporel, contre lequel elle lutte, et, à ce titre, elle se révèle partout autour des lésions organiques. Un homme a un abcès

de la fosse iliaque, que le travail de la nature pousse à la fois vers l'extérieur et vers le péritoine, où il s'ouvre par suite d'un effort intempestif du malade, et il détermine une péritonite mortelle. Une femme est affectée d'anévrysme de l'aorte : une poche énorme qui use les côtes s'ouvre à l'extérieur et la fait périr en quelques secondes. Quelle a été dans ce cas la puissance de la nature médicatrice, qui a laissé périr ces deux malades ? Je l'ai dit tout à l'heure, cette action de la nature n'est pas spéciale à l'individu, mais à la cause morbifique et à son effet matériel. Non, sans doute, la nature n'a pas préservé de la mort X avec un abcès de la fosse iliaque, et Y avec son anévrysme : elle a échoué ; mais qu'on examine le cadavre, et on verra si elle n'a pas fait preuve de prévoyance et d'intelligence dans ses opérations. Ici elle avait établi des adhérences avec l'intestin, pour faire cheminer le pus sans danger, de la fosse iliaque dans le cœcum, et là elle avait fait une poche, formée de couches sanguines concentriques, qui s'opposaient depuis plusieurs années à la rupture de l'anévrysme, en faisant tout ce qu'il fallait pour le guérir. De ce qu'elle n'a pas sauvé les malades, il ne s'ensuit pas qu'elle n'ait rien entrepris pour faciliter la terminaison favorable de leur mal ; au contraire, je viens d'établir les traces de son action bienfaisante. Il en est ainsi partout. Toute impression morbifique entraîne une réaction dynamique ou organique, destinée à en détruire les effets. Dans les cas ordinaires, la guérison a lieu ainsi tout naturellement; mais si l'impression morbifique est trop violente, comme peut l'être celle d'une épidémie, ou si les effets organiques sont très-graves, la réaction n'a pas le temps de se produire, et le travail de la nature, à peine commencé, se trouve interrompu par la force destructive opposée.

Au reste, en admettant l'influence de la nature sur la guérison des maladies, nous ne voyons là qu'un fait expérimental démontré par l'observation. La *nature médicatrice* n'est pas une chose concrète, ou un être particulier, indépendant de l'organisme. Ce n'est pas davantage un être imaginaire. C'est l'ensemble des forces de la nature vivante, luttant, d'après la *loi de réparation*, contre ce qu'on appelle *la maladie*, c'est-à-dire contre les désordres corporels produits par les impressions morbifiques. C'est la *loi de réparation* aux prises avec la *loi de destruction*, toutes deux éternelles comme l'espèce où se produit la lutte.

Du curare au point de vue thérapeutique (1).

Par M. le docteur Jousset (de Bellesme).

Application du curare au traitement du tétanos. — M. Vella, chirurgien distingué de Turin, qui avait assisté à une partie des recherches faites au Collége de France par M. Cl. Bernard, avait été frappé, ainsi que tous les expérimentateurs, de l'état de relâchement dans lequel le curare met le système musculaire, relâchement qui est un des traits les plus saillants de l'action de cette substance sur l'économie. Dès cette époque, sans doute, il conçut l'idée que le curare pouvait, grâce à sa propriété de paralyser le système nerveux moteur, jouer un rôle important en thérapeutique, principalement dans le traitement des affections qui, comme le tétanos, semblent être sous la dépendance de cette partie du système nerveux. Guidé par ces idées et se trouvant chargé, à l'époque de la guerre d'Italie (1859), d'une ambulance dans laquelle étaient un certain nombre de blessés atteints de tétanos, M. Vella appliqua à un de ses malades le curare et obtint un succès complet.

Cette observation a été relatée dans le *Bulletin*, t. LVII, p. 274. En voici un court abrégé.

18 juin	0gr,10 de curare	pour 40 gr. d'eau	en applic. ext.	toutes les 3 heures.
19 —	0 ,50	—	—	
20 —	1	80	—	
21 —	—	—	—	
Du 22 —	—	—		toutes les 5 heures.
Au 29 —	—	—		

Cette observation, publiée quelque temps après, eut un immense retentissement dans le monde scientifique, et de toutes parts on se mit à traiter le tétanos par le curare.

Le succès ne répondit point à l'attente générale, et bientôt ce médicament tomba en discrédit; mais, disons-le tout de suite, le curare était une substance nouvelle; les expérimentateurs l'essayèrent empiriquement, sans connaître ses effets physiologiques, l'appliquèrent mal et n'en éprouvèrent que des insuccès, ce qui devait arriver dans de pareilles conjonctures.

Néanmoins il est certain que le curare, convenablement employé, fait cesser la rigidité tétanique, comme cela eut lieu dans le cas ci-dessus et comme on le verra encore plus nettement dans quel-

(1) Suite et fin, voir la livraison du 15 octobre.

ques-unes des observations suivantes, et je ferai voir, chemin faisant, en rapportant les principaux faits publiés, que dans la plupart des cas le médicament fut fort mal administré.

Les expérimentateurs ne firent point attention que le curare est un médicament dont l'action est rapide et fugitive, parce qu'il s'élimine vite, que par conséquent, si, après avoir administré une dose restée sans résultat, on en administre une seconde quelques heures après, on ne doit presque pas compter sur ce qui pourrait rester de la première dose en calculant l'effet de la seconde.

En second lieu, la crainte de ce médicament peu connu, et entouré par cela même d'un certain prestige, fut une cause de timidité extrême dans les essais qui furent tentés, timidité que je suis loin de blâmer, mais qui ne fut pas moins la cause la plus ordinaire des insuccès.

Enfin, dans quelques cas, la mauvaise qualité du curare employé peut expliquer parfaitement l'inaction du médicament.

Continuons d'exposer les principaux faits d'administration du curare, ceux dont le médecin peut tirer quelque fruit, en faisant ressortir ce qu'ils présentent de défectueux et d'intéressant.

Voici d'abord deux observations qui, bien que données sans beaucoup de détails, sont parfaitement concluantes, parce que l'on n'a pas pas craint de pousser l'effet du curare aussi loin que possible.

Obs. II. M. Sevel, professeur au collége vétérinaire, témoin du relâchement complet de tous les muscles du mouvement volontaire chez les animaux empoisonnés par le curare, eut l'idée d'essayer l'inoculation de ce poison comme traitement du tétanos, puisqu'au moyen de la respiration artificielle il était certain de ramener à la vie l'animal empoisonné.

A. Un cheval fut affecté d'une grave attaque de tétanos et de trismus. La bouche étant trop fortement serrée pour permettre l'introduction de toute nourriture et de tout médicament, il fut inoculé dans la partie charnue de l'épaule avec une flèche enduite de curare : en dix minutes il parut mort. La respiration artificielle fut immédiatement employée et au bout de quatre heures environ, l'animal revint à la vie. Il se releva, parut parfaitement guéri, et mangea une grande quantité de grains et de fourrage dont il avait été trop abondamment pourvu.

Laconséquence fut une distension exagérée de l'estomac dont il mourut le jour suivant, sans avoir eu le plus léger retour des symptômes tétaniques.

B. Un âne fut amené au collége vétérinaire, en proie à une attaque de tétanos de la forme la plus grave. L'animal était très-amaigri apparemment, par suite d'un travail pénible et d'une nourriture insuffisante. Etant incapable de marcher, on l'avait amené dans une charrette. La maladie datait de quarante-huit heures. Le curare

fut administré comme dans le premier cas avec le même résultat. La respiration artificielle produisit le retour à la vie, environ dans le même espace de temps. Cependant l'irritation prolongée causée par la maladie avait amené un trop grand épuisement du système nerveux pour permettre chez un sujet aussi débilité un retour de forces suffisantes pour qu'il pût se relever. Néanmoins, la maladie avait entièrement disparu, et pendant vingt-sept heures il fut capable de prendre un peu de nourriture; à la fin de ce temps, il mourut sans avoir manifesté un seul symptôme tétanique. depuis l'inoculation du curare.

Obs. III (de M. Manec). (*Bull. de Thérap.*, t. LVII, p. 325.)

Heures d'administ.	Dose de curare.
2 h. 45′	0,001
2 55′	0,001
3 15′	0,005
3 30′	0,005
3 40′	0,025
4 55′	0,025
5 12′	0,02
6 53′	0,02
8	0,04
10 15′	mort.

1re Expérience : 1 chien de 51 livres.
12 h. 45′ 0gr,02 de curare; à 2 h. rien.
2 55′ 0 ,05 — 3 h. 25′ mort.

2e Expérience : 1 chien de 9 livres.
2 h. 11′ 0gr,015 de curare; 2 h. 25′ mort.

L'observation de M. Manec est remarquable par son insuccès, qui tient évidemment à l'insuffisance des doses employées. On a manqué dans ce cas à cette condition d'expérimentation qui est de s'assurer, avant d'opérer, de la qualité du curare que l'on va employer et de s'appuyer sur ces expériences pour en déduire la dose probable à laquelle on doit avoir recours. Il est évident que, si un chien de 50 livres meurt à peine d'une certaine dose de curare, cette même dose sera parfaitement inefficace chez un homme qui en pèse plus du double, et surtout chez un tétanique qui offre une résistance plus grande à l'action du médicament. Or l'essai du curare, dans le cas de M. Manec, n'a été fait qu'après la mort du malade. — Un curare de bonne qualité tue un lapin de 4 à 5 livres, à la dose de 0gr,004, en quarante ou cinquante minutes environ. Au-dessous de cette dose, le lapin ne meurt pas, mais éprouve des effets physiologiques; au-dessus, il meurt plus ou moins rapidement selon la dose. Or, d'après les essais de M. Vulpian, il a fallu trente minutes pour que 0gr,05 du curare employé tuassent un chien de 51 livres, ce qui veut dire que ces 0gr,05 étaient tout à fait la dose limite, la dose à peine suffisante pour tuer ce chien. Or la plus forte dose administrée au malade est 0gr,04. Quel effet pouvait-on en attendre? Ne savons-nous pas en effet que la dose des curares

de meilleure qualité doit être d'emblée portée à 7 ou 10 centigrammes pour obtenir quelques effets ?

Il est vrai que M. Manec avait calculé de la façon suivante :

« *Depuis deux heures jusqu'à huit heures on a donné au malade* 0^{gr},17 *de curare.* » Ce calcul serait juste si le curare s'accumulait dans l'économie, mais il s'élimine avec une grande rapidité, et, au bout de deux heures seulement, la plus grande partie a disparu par les sécrétions. On ne doit donc jamais raisonner de la sorte dans l'administration du curare. Si 0^{gr},10 n'ont pas produit d'effet au bout de quelques heures, il faut en injecter 0^{gr},11 et ainsi de suite. Enfin, dans les derniers moments, il ne sert plus à rien d'augmenter la dose ; c'est au début de la maladie que les doses suffisantes procurent d'excellents résultats.

Obs. IV (de Chassaignac). (*Bull. de Thérap.*, t. LVII, p. 325.)

Le 20	0^{gr},20	de curare	en 24 heures.	(Applications sur la plaie.)
21	0 ,30	—	—	
22	—	—	—	De plus, administration
23	—	—	—	en potion
24	—	—	—	de 0^{gr},10 à 0^{gr},20 pour
25	0^{gr},40	—	—	150 gr. d'eau.
26	—	—	—	
27	—	—	—	
28	—	—	—	
29	—	—	—	
30	—	—	—	Guérison.

L'observation de M. Chassaignac est fort intéressante en ce qu'elle est calquée sur celle de M. Vella. On voit que l'expérimentateur a tâché de se rapprocher le plus possible des conditions dans lesquelles M. Vella s'était placé. Le tétanos n'était pas évidemment, dans ce cas, des plus graves. Il serait difficile d'assigner, dans son observation, la part qui revient dans la guérison à l'administration du curare à l'intérieur. Je ne pense pas que cette substance puisse agir à l'intérieur à aussi faible dose, à moins qu'on ne lui concède des propriétés médicamenteuses différentes de ses propriétés physiologiques, ce que je considère comme irrationnel.

Mais ce qu'il y a de très-remarquable dans cette observation, comme dans celle de Vella, c'est que le curare a été appliqué en solution assez concentrée sur la plaie même. Or il est impossible de refuser au curare une action locale, et les expériences de M. Cl. Bernard ont démontré qu'il agit d'abord localement sur la terminaison des nerfs. Il est fort possible que, dans ces cas, l'action locale

du curare contribue à la guérison de la maladie, puisque le point de départ du tétanos est lui-même local. Je crois donc que, dans les cas de tétanos traumatique que l'on voudra traiter par le curare, il sera bon, s'il y a encore une plaie, de faire sur cette plaie quelques applications locales.

Obs. V (de Follin). (*Bull. de Thérap.*, t. LVII, p. 422.)

Dans l'observation de M. Follin, la quantité de curare donnée au malade est évidemment trop faible. D'ailleurs le curare n'a pas été essayé, et il peut se faire qu'il fût de mauvaise qualité. L'observation n'est pas, d'ailleurs, suffisamment détaillée.

Obs. VI (de Gintrac). (*Bull. de Thérap.*, t. LVII, p. 478.)

Heures d'administ.			Dose du curare.	
Le 20	9 h.	30'	0gr,1	
	10	30'	0 ,1	
	11	30'	0 ,1	Expérience sur un lapin.
	12	30'	0 ,1	0gr,10 de curare ; mort en 5 minutes.
	2	30'	0 ,1	0 ,05 — mort eu 15 minutes.
	4	30'	0 ,1	0 ,05 — pas d'effet.
	6	30'	0 ,1	
	9	30'	0 ,1	
Le 21	6		0 ,1	
	8		0 ,1	
	9		0 ,1	
	10		0 ,1	
	11	30'	0 ,1	
	1	30'	0 ,1	
	2	30'	0 ,1	
	3	30'	0 ,1	
	5		0 ,1	
	6		0 ,1	
	9		0 ,1	
	11		0 ,1	
Le 25, curare de Mialhe				(Sur un lapin, 0gr,05 ; mort en 4 minutes.)
			0 ,15	
Le 26			0 ,20	Mort.

L'insuffisance des doses est encore le vice capital de cette observation. Si on se reporte à l'essai du curare, qui fut fait encore dans ce cas *in extremis*, on sera convaincu que M. Gintrac a employé un curare excessivement faible, puisque c'est à peine si 0gr,05 ont pu tuer un lapin, dose énorme pour un animal de cette taille, qui succombe avec 0gr,003 de bon curare.

Le curare de M. Gintrac était donc au moins dix fois moins actif que de bon curare ; d'où l'on peut juger quelles doses considérables il fallait administrer dans ce cas pour obtenir la détente muscu-

laire. Si on doit donner d'emblée 0gr,10 à 0gr,12 des curares les plus actifs, la dose ici aurait dû être de 1 gramme au moins en une seule injection.

Ces différences de doses se conçoivent facilement si on réfléchit que le curare est un extrait où pour un principe actif il entre une quantité inconnue de matières étrangères, et dont par conséquent l'action diminue en raison de l'augmentation de ces substances.

Les deux dernières injections faites avec un curare plus actif et à des doses convenables n'ont amené aucun résultat, parce que le malade était mourant, et par conséquent l'absorption déjà très-compromise.

La manière dont le médicament a été administré est également défectueuse en ce que M. Gintrac a calculé évidemment les injections, de manière à donner une quantité déterminée par jour. J'ai déjà dit, à propos de l'observation de M. Manec, ce qu'il y a de défectueux dans cette façon de calculer les doses de curare.

Voyons maintenant une observation inédite et extrêmement intéressante parce que le curare a été administré avec soin, essayé d'avance, et qu'il a produit des résultats décisifs. Il s'agit d'un cas de tétanos traumatique extrêmement violent et traité, j'allais dire guéri, par les injections de curare, si le malade n'eût succombé à une résorption purulente. Cette observation a été recueillie dans le service de M. A. Richard, par son interne M. H. Liouville, qui a noté toutes les phases de la maladie en observateur érudit et attentif.

Obs. VII. *Tétanos traumatique traité par le curare. — Effets remarquables de cette substance.* — Petit, trente-quatre ans, constitution vigoureuse, est blessé par un timon de voiture à la jambe gauche, le 4 octobre au soir.

Il entre à l'hôpital Cochin (salle Cochin, 8), le lendemain 5 octobre, dans le service de M. A. Richard.

On constate une large plaie intéressant toute la partie postérieure de la jambe au niveau du cou-de-pied; cette plaie commence à la partie interne, passe au-dessous du talon et paraît avoir décollé profondément la masse plantaire.

Pansement méthodique par occlusion, position horizontale, jambe élevée.

Les 6, 7 et 8 octobre, l'état général est assez satisfaisant, bien que la gangrène paraisse imminente.

Elle se déclare en effet le 9 et le 10.

Le 11 octobre, le pied est envahi en totalité par la gangrène, et la peau se détache complétement comme d'une pièce macérée, en conservant sa forme.

L'amputation est pratiquée au tiers supérieur de la jambe, par

la méthode à deux lambeaux, et le moignon est pansé par occlusion.

12 octobre, rien de notable jusqu'au 16.

Le 16 octobre, le malade éprouve de la roideur dans les muscles du cou et de la mâchoire.

0gr,06 d'opium en trois fois.

Le 16 au soir, même état; à six heures il desserre à peine les dents et en éprouve naturellement de la difficulté à parler et à avaler. Léger mouvement fébrile, pouls 120.

A six heures, sur la peau dénudée par le marteau de Mayor au tiers inférieur et interne du bras gauche, M. Richard verse le contenu d'un paquet de curare de M. Porte, que lui procure M. H. Liouville, environ 0gr,10. On recouvre la plaie saupoudrée avec du diachylon.

Le malade semble ne rien éprouver pendant plus d'une heure; rien ne trahit une action médicamenteuse quelconque, rien sur le pouls, la respiration, ni l'intelligence.

A minuit, les mâchoires s'écartent un peu plus facilement; l'intervalle a augmenté; facilité plus grande à avaler; il a rendu un grand nombre de vents; pouls 116 à 120; inspiration 20; chaleur 34 degrés.

Le 17, à une heure du matin. Sur la peau dénudée au bras droit par un vésicatoire, on introduit 0,025 d'une poudre pure de curare, de M. H. Liouville (curare de E. Carrey). Ce curare essayé sur un lapin le tue en dix minutes à la dose de 0,025; l'épiderme recouvre la poudre.

Au bout de quinze à vingt minutes, des tremblements se manifestent dans les muscles du membre supérieur, et des secousses musculaires très-vives, surtout dans le bras droit. Ces secousses sont quelquefois plus fortes, et comme limitées à la place où la peau a absorbé le médicament. Sueur abondante, pouls à 120, respiration 20, chaleur 38 (augmentation de 4 degrés); légère somnolence; le malade boit seul avec assez de difficulté, cependant il porte lui-même son gobelet à ses lèvres et peut de suite, peu à peu, en avaler un bon tiers sans trop de gêne des muscles du pharynx qui, hier, étaient tellement contractés, qu'il toussait presque à chaque tentative. Sueur très-abondante.

Deux heures quinze minutes. Le malade est calme et sommeille, pouls 112, température 36 degrés.

Sept heures trente minutes. Il se réveille en sursaut, parle avec une grande intelligence, mais plus de gêne; les mâchoires sont en effet assez violemment serrées l'une contre l'autre; on n'obtient qu'une ligne, pour ainsi dire, en les lui faisant écarter. Il peut cependant faire couler encore du vin dans sa bouche et l'avaler avec difficulté, mais sans trop de mouvements de toux.

Huit heures trente minutes. Introduction de 0,02 du même curare sur la peau du bras droit dénudée.

Aucun effet que l'on puisse attribuer au curare ne se manifeste.

A quatre heures. De concert avec M. Vulpian, on substitue les injections sous-cutanées aux applications endermiques du curare.

Curare du Para de M. E. Carrey, de très-bonne qualité (dose limite sur un lapin de 2 kilogrammes 200 grammes, 0,005), odeur particulière, *sui generis*.

Quatre heures dix minutes. Première injection à l'avant-bras gauche, de 0,021 de curare. Pouls à 108, respiration 20.

Quatre heures trente minutes. Deuxième injection à l'avant-bras gauche, de 0,028 de curare. — A cinq heures, bâillements, pandiculations dans lesquelles le malade trouve un grand soulagement.

Le malade dit lui-même qu'il lui paraît qu'il est moins tendu; il avale, en effet, plus facilement. Pour la première fois depuis avant-hier, il pousse sa langue entre les deux arcades dentaires, qui ont presque 1 centimètre d'écartement; lui-même se rend compte de cette facilité. Les lèvres sont moins animées de petits mouvements de contraction, et il nous montre qu'il peut exécuter quelques mouvements de succion impossibles auparavant; il semble qu'il articule mieux et parle plus librement. On profite de ce mieux pour lui faire avaler du bouillon, du thé et du vin.

Un peu de repos, le malade semble s'assoupir, on le laisse reposer jusqu'à dix heures du soir.

Dix heures trente-sept minutes. Peau un peu chaude et moite, pouls 108, température 38 degrés, même état général. — Injection de 3 centigrammes de curare à l'avant-bras droit, tiers supérieur interne.

Le pouls ne change pas, même nombre d'inspirations; température 37 degrés; l'effet du médicament ne se manifeste en aucune façon.

Onze heures vingt-trois minutes. Injection de 5 centigrammes de curare, au tiers supérieur interne de l'avant-bras droit. Pas de changement immédiat; à minuit, le malade montre à M. Lionville qu'il desserre plus facilement les dents, et en effet il a bien gagné cette fois 1 centimètre. Car la langue s'engage par sa partie antérieure entre les deux arcades; il essaye de boire et peut le faire avec plus de facilité.

Le 18, à douze heures trente-cinq minutes, M. Liouville pratique une injection de 0gr,07 de curare. Sorte de somnolence; le membre supérieur est animé de quelques mouvements convulsifs qui se traduisent par de petits soubresauts répétés. Tout d'un coup, le malade se réveille en sursaut, et manifeste de la douleur dans la jambe gauche; elle exhale d'ailleurs une odeur légèrement gangréneuse.

Une heure. On essaye de faire avaler au malade, qui semble un peu mieux; mais, à la première cuillerée, il est pris de sensations douloureuses dans le pharynx et l'œsophage, et de constriction qui occasionne le rejet du liquide, mais surtout il arrive comme une débâcle une quantité de glaires difficilement arrachées. C'est la première fois depuis quatre jours qu'il peut rendre des crachats; ceux-ci sont nombreux et n'offrent rien de spécial.

A la suite de cette débâcle, grand état de faiblesse. Cependant les mâchoires se sont encore écartées davantage. Le malade les remue de haut en bas et latéralement. L'espace interdentaire lui permet de

passer l'extrémité de son index; l'écartement est d'environ 1 centimètre 1/2.

A deux heures on quitte le malade assez calme.

Neuf heures dix minutes. Injection de $0^{gr},07$ de curare au tiers supérieur externe de l'avant-bras droit. Le malade écarte un peu les mâchoires.

Dix heures dix-sept minutes, injection de $0^{gr},06$ de curare. Ecart des mâchoires plus considérable, et tel que nous ne l'avons pas encore vu; le malade peut introduire l'extrémité de son pouce avec facilité, mais les mouvements de déglutition sont toujours pénibles, et l'ingestion des liquides difficile. M. Richard et les assistants constatent ce changement remarquable dans l'écart des mâchoires.

Dix heures vingt-sept minutes. Injection de $0^{gr},06$ de curare. A onze heures la détente musculaire est complète, et le malade, jouissant parfaitement de ses facultés, paraît sur le point d'entrer en asphyxie. Ecart complet des mâchoires, grand anéantissement et résolution des muscles des membres qui retombent comme inertes, le malade ne peut plus serrer les mains, il ne peut plus parler, la respiration se fait avec une extrême difficulté et se ralentit.

On pratique immédiatement la respiration artificielle en comprimant alternativement l'abdomen et le thorax et on lui évente de l'air.

A midi, les phénomènes d'asphyxie cessent; on continue l'aération. Le malade confirme alors, par son récit, tout ce qu'il a ressenti : la conservation de son intelligence, l'anéantissement de ses forces, dont il se rendait, nous dit-il, un compte parfait, assistant à tout ce qui se passait autour de lui sans pouvoir y prendre part. Les craintes exprimées librement par quelques jeunes assistants n'étaient pas ce qui le rassurait le plus. Le soir, repos.

Le 10 octobre, on laisse le malade en repos. Lavements alimentaires suivis de deux selles; il urine abondamment.

Le 20, peau moite; la nuit le malade a eu des sueurs très-abondantes.

A dix heures, injection de $0^{gr},04$ de curare sous la clavicule gauche; la langue paraît un peu plus sèche.

A dix heures quinze minutes, l'effet du médicament s'est déjà produit sur le muscle masséter. Ecart de 1 centimètre 1/2 entre les mâchoires.

A onze heures quinze minutes, injection de $0^{gr},04$ de curare; effet manifeste, mais disparaissant bientôt comme les autres.

A deux heures, l'état général va s'aggravant, subdélirium, pouls petit, redoublé, irrégulier, impossible à compter, sueur à la face; température de l'agonie, 41 degrés. Mort.

L'autopsie démontre que le malade a succombé à une résorption purulente.

Cette observation est remarquable sous plus d'un rapport. Elle montre de la façon la plus évidente que le curare employé à dose suffisante fait cesser la rigidité tétanique; la dose a été poussée dans

ce cas jusqu'à la limite et on peut voir avec quelle facilité les accidents furent conjurés.

Le curare était de très-bonne qualité, puisque pour un lapin de 4 livres 1/2 la dose limite était de 0gr,005. Il fallut néanmoins 0gr,19 de ce curare pour obtenir la résolution complète.

Un fait très digne de remarque également, c'est la détente qui avait lieu chaque fois qu'on administrait du curare.

Outre les faits que je viens de rapporter, il en existe encore dans la science un certain nombre. Comme ils n'offrent point de particularités aussi intéressantes que les précédentes, j'ai cru devoir n'en dire que quelques mots.

Dans une observation due à M. Broca (1), l'administration du curare fut suivie d'insuccès ; le tétanos était des plus graves.

M. Gosselin (2) a également publié un cas de tétanos traité sans succès par le curare. Il ne fut administré au malade en vingt-quatre heures que 0gr,09 de curare.

Un autre cas de tétanos fut traité de la même manière dans le service de M. Desormeaux. Il n'y eut pas de guérison, mais on observa des effets dus évidemment à l'action du médicament. Le cas était également fort grave.

Voici quelques autres cas que l'on pourra consulter avec fruit.

Cornaz, *Lancet*, t. I, p. 533, 1860.

Gherini, *Gaz. Lomb.*, t. V, p. 14, 1852.

Langenbeck, *Med. chirurg. Rundschau*, t. III, 1863.

Demme, *Militar chirurgisch Studien*, 1863.

Si nous résumons d'après les faits ci-dessus ce qu'on peut penser de l'emploi du curare dans le traitement du tétanos, on peut en tirer les conclusions suivantes :

Le curare, administré convenablement et à doses suffisantes, fait cesser la rigidité tétanique. Cela résulte avec la plus grande évidence des observations I, II, IV, VII. Or, si l'on admet que le tétanos (ce qui est probable, puisqu'on ne trouve point à l'autopsie de lésion caractéristique) ne détermine la mort qu'en empêchant la respiration et en produisant l'asphyxie et les altérations pathologiques qui en dérivent, n'est-on pas en droit de dire que la thérapeutique possède dans le curare un médicament héroïque contre le tétanos, s'il est bien administré.

La première condition à remplir, c'est d'essayer le curare qu'on

---

(1) *Union médicale*, 1862.

(2) Gosselin, 1860.

va employer et de calculer la dose d'après cet essai. La dose de curare que l'on peut administrer en une seule injection à un adulte atteint de tétanos varie entre 0gr,10 et 0gr,20 des curares les plus actifs. Il ne faut point espérer avoir jamais un effet satisfaisant au-dessous de 0gr,07 à 0gr,08. Nous appelons curares de très-bonne qualité ceux dont la dose limite est de 0gr,003 à 0gr,005 sur un lapin de 4 à 5 livres.

Quand on a fait l'essai du curare, on doit proportionner les doses avec le degré d'activité qu'on lui a reconnu. Ainsi, le curare de M. Gintrac, qui avait pour dose limite sur un lapin 0gr,05, aurait dû être employé à la dose minimum de 1 gramme.

Le genre de solution le plus commode pour la seringue décimale hypodermique et pour le curare de très-bonne qualité, est la solution au dixième.

1 gramme de curare pour 10 grammes d'eau distillée; chaque demi-tour donne 1/2 centigramme (0gr,005) de curare.

Cette solution est déjà un peu épaisse, mais elle peut très-bien s'employer. Il est bon de s'assurer que tout le curare est dissous, car il reste souvent des parties plus dures que le reste qui se dissolvent avec peine.

Pour les curares moins actifs, on est obligé de se servir de solutions encore plus concentrées; il peut même arriver qu'on ait à injecter à la fois une quantité trop considérable de liquide. Dans ce cas, on doit pratiquer plusieurs injections successives, ce à quoi se prête commodément la capacité de la seringue décimale hypodermique. Il faut administrer une dose suffisamment élevée, ce sur quoi on est fixé au bout de quelques injections, lui laisser produire son effet et recommencer après. Alors on augmente ou on diminue la dose suivant les indications.

Dans les cas où le médecin serait pressé d'agir par la marche de la maladie, on peut laisser dans les tissus la canule de l'instrument, et injecter, toutes les cinq minutes, 1 centigramme par exemple de curare, jusqu'à production des effets physiologiques qu'on doit infailliblement obtenir. Il est rare pourtant qu'on soit forcé de recourir à ce moyen.

Il est essentiel d'attaquer la maladie dès son début, avec des doses énergiques qui triomphent assez bien à cette époque des contractions tétaniques, comme on le voit dans les cas de MM. Vella et Liouville. Car, dans les derniers moments, lorsque le malade est mourant et l'asphyxie en train de se produire, l'absorption est ralentie, et l'action du médicament n'est plus si efficace.

Si la plaie, qui est le point de départ du tétanos, est encore ouverte, je crois qu'on fera bien de pratiquer dessus des lotions avec une solution de curare, en tenant compte, bien entendu, de la quantité qui peut s'absorber par cette voie. Quant à l'administration à l'intérieur, je la regarde comme inutile; ce qui s'absorbe de curare ainsi est une quantité inconnue, et on ne doit pas croire que le curare administré de la sorte ait une action différente de celle qu'on remarque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Enfin, il est nécessaire de surveiller le malade afin de pouvoir remédier aux accidents, s'il venait à s'en présenter. C'est ce qui est le moins à craindre, car on pèche plus volontiers dans ce cas en moins qu'en plus; cependant, devant une affection aussi inexorable que le tétanos, le médecin n'est-il pas autorisé à oser beaucoup?

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du cancer du testicule chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Le cancer du testicule n'est pas extrêmement rare chez les enfants, beaucoup d'auteurs en citent des exemples, et nous avons, pour notre part, vu au moins une dizaine de cas chez de très-jeunes enfants, même à la naissance, à un an, etc.

1° *Anatomie pathologique.* — La tumeur formée par le testicule dégénéré représente, comme chez l'adulte, un tissu squirrheux et souvent encéphaloïde; quelquefois nous avons rencontré le tissu colloïde ou du tissu fibro-plastique.

L'examen d'un testicule enlevé par nous a montré un organe plus volumineux du triple de l'état normal; il était lisse, mou et faisait reconnaître à l'œil un tissu ferme, blanc et résistant dans certains points, ayant l'aspect lardacé; dans d'autres, de la substance encéphaloïde molle, rosée, presque diffluente, parsemée de petits vaisseaux sanguins et s'écrasant facilement sous les doigts.

L'enveloppe ou tunique albuginée nous a paru saine au microscope; nous avons constaté l'existence de noyaux fibroplastiques plus ou moins infiltrés, des cellules irrégulières à forme granuleuse, et seulement çà et là au milieu du tissu. On voyait quelques points rouges formés par du sang extravasé; on ne trouvait pas de vaisseaux séminifères.

Nous n'avons pas eu occasion de voir des tumeurs de ce genre

ayant ulcéré le scrotum, mais on en a rencontré des exemples. Nous n'avons pas vu non plus de ces cancers des ramoneurs, plus communs en Angleterre que chez nous.

A l'autopsie des enfants morts par suite de récidive, nous avons constaté des ganglions lymphatiques passés à l'état cancéreux; nous avons vu aussi quelquefois des lésions cancéreuses dans d'autres organes, les ganglions mésentériques, le foie.

Causes. — Chez les enfants, les causes sont peut-être encore plus obscures que chez les adultes. Nous avons vu des testicules cancéreux chez des enfants dont les parents n'avaient pas eu de cancer, par conséquent nous ne pouvons dire que cette maladie reconnaisse pour cause l'hérédité dans tous les cas. Quelquefois des froissements de l'organe peuvent occasionner la dégénérescence; alors, si le testicule d'un enfant devenait cancéreux après une contusion, on pourrait admettre que cette circonstance agit comme déterminante sur un organe déjà prédisposé par une cause organique.

Symptômes. — Le début de ces cancers passe inaperçu. On nous amène souvent les enfants le jour ou l'on constate dans le scrotum un développement qui existe déjà depuis longtemps; aussi on peut dire, comme les enfants dans le principe ne souffrent pas, que la maladie est d'abord indolente et apparaît sous forme d'une tumeur qui occupe le scrotum soit à gauche, soit à droite. Ainsi lorsqu'on examine un enfant atteint d'un cancer du testicule, on reconnaît une tumeur ayant le double et plus du volume ordinaire de cet organe, ayant une certaine pesanteur, une consistance élastique, le plus souvent sans changement de couleur à la peau, dont la circulation veineuse paraît légèrement modifiée, le scrotum glissant sur le testicule non adhérent dans le plus grand nombre des cas. On distingue bien la tumeur séparée du cordon, elle pèse plus ou moins sur celui-ci, elle s'éloigne bien de l'anneau inguinal et représente une forme ordinairement arrondie, quelquefois bosselée. Nous dirons qu'en général nous n'avons pas observé de bosselures, mais d'autres en ont vu. Lorsque la maladie est récente, on ne reconnaît pas de ganglions de l'aine engorgés, on trouve le cordon sain; il n'y a pas de fluctuation en général, à moins de complication d'hydrocèle. Cependant, lorsque le testicule est à l'état encéphaloïde, il y a une mollesse qu'on peut confondre avec la fluctuation d'un liquide, mais il n'y a pas de transparence.

Le *diagnostic* est quelquefois difficile; si, comme moyen explorateur, on fait une ponction, il y a peu ou point de liquide, et l'instrument n'est pas mobile comme il l'est dans une poche de liquide.

Ce genre de tumeur, qui n'est pas ordinairement bosselée comme les tissus tuberculeux, se distingue des tumeurs de ce genre qui s'observent chez des enfants présentant d'autres signes de tubercules; dans ces cas, la peau du scrotum est adhérente au point correspondant à un tubercule ramolli; on voit une saillie plus ou moins considérable où l'on reconnaît une véritable fluctuation formée par du pus. On pourrait confondre ces testicules dégénérés avec des tumeurs formées par de faux germes qu'on a vu dans cette région, mais ces tumeurs sont rares. Le toucher fait reconnaître, dans ces cas, des parties dures ou osseuses, comme nous avons eu occasion de le constater deux fois. Avant de les enlever, on peut être dans l'incertitude au toucher; mais l'examen anatomique ne laisse pas de doute.

Quant aux engorgements inflammatoires du testicule, ils se développent et marchent rapidement avec douleur, ce qu'on ne rencontre pas dans le cancer qui est indolent plus ou moins longtemps. S'il y avait hématocèle, on pourrait souvent confondre la maladie, et ce ne serait qu'en opérant, lorsqu'on a découvert la tumeur, qu'on reconnaîtrait la lésion qui réclamorait de respecter la glande et de n'enlever que l'hématocèle, si cela était possible.

Le *pronostic* de cette maladie est tout aussi grave chez l'enfant que chez l'adulte, et, sur six cas opérés par nous, nous avons perdu un malade de dix-huit mois par des convulsions, trois jours après l'opération; nous en avons perdu un de vue, et, chez les quatre autres, nous avons vu ou nous avons appris des récidives, soit dans les ganglions de l'aine, soit même dans les ganglions abdominaux profonds.

Traitement. — Au début, et surtout dans le doute sur le diagnostic, on peut tenter des préparations iodées intérieurement et extérieurement; mais, dans les cas où ce traitement réussit, il est probable qu'il y a erreur de diagnostic et qu'on a affaire à un engorgement de nature scrofuleuse ou tuberculeuse; il faut toujours, dans ces cas de cancer, en venir à la castration.

En effet, si le traitement antiscrofuleux a échoué, il n'y a pas à compter sur les mercuriaux aussi souvent que chez les adultes où il y a des craintes plus positives de syphilis.

Dans cette opération, comme chez les adultes, pour l'exécution, nous nous sommes bien trouvé de faire l'incision en arrière du scrotum en prolongeant l'incision jusqu'en bas, à moins que la glande étant adhérente à la peau ulcérée ou non, nécessite une ablation de l'enveloppe du scrotum dans tel ou tel point, car, dans ce

cas, on est obligé de faire une perte de substance de forme ovalaire aux enveloppes de l'organe malade. Une fois le tissu découvert on isole le cordon, on peut le couper et lier l'artère séparément, ou bien lier le cordon en masse; alors il faut porter un fil double de soie, et on doit serrer très-fortement toutes les parties constituantes du cordon, afin de bien étreindre les filets nerveux; si quelques artères en dehors de l'artère principale sont ouvertes, il faut en faire la ligature et réunir tous les fils vers la partie inférieure de la plaie; ils servent à conduire le pus dans la partie la plus déclive.

On devra faire ensuite trois ou quatre points de suture, envelopper le scrotum d'un linge fenêtré enduit de cérat, recouvert de charpie, et maintenir le tout avec un suspensoir.

Pour prévenir les accidents inflammatoires, on pourra arroser le pansement d'eau fraîche, en ayant soin de ne pas cesser brusquement l'usage de ce moyen, afin d'éviter la réaction qui peut déterminer de l'érysipèle.

Nous trouvons avantageux de renouveler le pansement dès le lendemain et les jours suivants en respectant seulement les points de suture, qu'on ne doit retirer que les uns après les autres, à mesure qu'on voit la cicatrisation se faire.

La cicatrisation, chez nos opérés, se fit rapidement; la suppuration fut peu abondante, les accidents primitifs nuls. Mais la récidive s'est toujours fait remarquer, excepté dans un cas que nous avons perdu de vue.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Un mot sur le sulfure de potasse des pharmacies.

Par M. Stanislas Martin.

Les pharmaciens se plaignent, depuis bien des années, que les propriétaires des bains publics ont accaparé la vente du sulfure de potassium sulfaté, et que souvent ils refusent d'admettre dans leurs établissements les personnes qui apportent avec elles le barèges dont le médecin a fixé la dose; cette exigence est-elle permise? Nous laissons au Conseil d'hygiène à résoudre cette question. Notre but, dans cette note, est de signaler la mauvaise qualité du sulfure de de potasse fourni par certains fabricants de produits chimiques, car les pharmaciens ne le préparent plus eux-mêmes; et, en effet, on vend à la pharmacie du sulfure de potasse qui n'est jamais iden-

tique dans sa composition chimique, comme dans son action thérapeutique. Les caractères physiques du foie de soufre loyalement préparé n'ont pas besoin d'être décrits, ils sont trop connus pour cela. Son prix commercial est de 2 francs le kilogramme. L'autre foie de soufre est en plaques de 3 centimètres d'épaisseur, lisse sur les deux faces, très-dur, d'une cassure nette, d'une couleur jaune pâle, il est un peu hygrométrique; son odeur est très-faible, si on la compare à celle du barèges bien fait : en vieillissant, ce sulfure perd de sa dureté, il prend la nuance de l'oxyde de calcium ; il devient insoluble dans l'eau, il flotte dans ce liquide à l'état pulvérulent, sans lui communiquer ni d'odeur, ni de couleur : dans cet état, il est sans action sur le papier de tournesol ; sa valeur commerciale est de 1 fr. 10 c. le kilogramme. Si les pharmaciens désirent rentrer dans le monopole de la vente de ce médicament, il est de leur intérêt d'exiger que l'on ne leur délivre que du sulfure de potasse et non une préparation faite avec de la soude et du soufre, mélange qui constitue une vraie falsification, car cette substitution peut avoir de graves inconvénients.

Formules contre le choléra.

Nous nous sommes très-bien trouvé, dans quelques cas, de la potion suivante, que nous avons vu employer dans le service de M. Pidoux à l'hôpital Lariboisière.

Huile de girofle .... } ãã	5 gouttes.
— de cannelle .... }	
Sulfate de quinine	0gr,50.
Teinture de noix vomique	1 gramme.
Sirop d'écorce d'oranges amères	30 grammes.
Eau distillée de mélisse .... } ãã	50 grammes.
— de menthe .... }	

Teinture anticholérique.

Racine de roseau aromatique	16 grammes.
— de gentiane	16 grammes.
— d'aunée	16 grammes.
— d'angélique	16 grammes.
Cimarouba	10 grammes.
Quinquina calysaia	30 grammes.

Mettez macérer pendant huit jours dans un litre d'eau-de-vie de genièvre : à prendre 30 grammes, le matin, 30 grammes le soir.

Cette teinture amère, dont M. Moissenet a vanté les bons effets, à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, se trouve

dans les Formulaires, indiquée, sauf des variations, sous le nom de *teinture de la sœur de charité* [1].

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur l'emploi de l'opium à haute dose dans le traitement du choléra.

En présence d'une affection aussi redoutable que le choléra, il est du devoir des médecins, même des plus humbles, de faire connaître les faits qu'ils ont observés et les moyens qui leur ont procuré de bons résultats, et c'est pour remplir ce devoir que je viens communiquer un mode de traitement dont je n'ai eu qu'à me louer, au début du choléra, dans ce que j'appelle la période spasmodique.

Obs. I. Le 1er novenvre 1831, je suis appelé auprès d'un vigneron, âgé de trente-quatre ans. Cet homme, qui est robuste, a été pris pendant la nuit, vers deux heures du matin, de ce qu'il croit être une indigestion. Il vomit d'abord les aliments ingérés dans la soirée, et a, en outre, des selles fréquentes, qui, avec les vomissements, n'ont pas cessé de se produire jusqu'au moment de mon arrivée, vers les sept heures du matin. Voici ce que j'observai : figure décomposée, teint pâle, yeux plus petits que dans l'état normal, enfoncés dans les orbites; langue blanche, froide; haleine également froide, plaintes incessantes exprimées d'une voix faible, cassée; pouls excessivement petit, refroidissement général, sentiment d'oppression, douleur à l'épigastre, vomissements fréquents et évacuations incessantes d'un liquide blanc, semblable à de l'eau de riz, qui tient en suspension des grumeaux blancs ; ventre contracté, crampes douloureuses, surtout dans les extrémités inférieures ; urines nulles. C'était le premier cas de choléra indien que j'observais. — Il était urgent de prendre un parti. La lecture que j'avais faite dans les journaux de médecine de tout ce qui avait été écrit sur le choléra-morbus de Russie et de Pologne avait produit dans mon esprit la conviction que l'agent producteur de cette maladie exerçait une action élective sur le système nerveux ganglionnaire, et qu'il fallait surtout avoir recours à l'opium.

J'ordonnai danc la potion suivante :

Extrait thébaïque..........................	40 centigrammes.
Eau de laitue..............................	125 grammes.
Sirop simple...............................	50 grammes.

[1] *Guide du médecin dans le choléra morbus*, par le docteur Fabre.

à prendre une cuillerée à bouche toutes les heures, avec recommandation de donner cette dose toutes les demi-heures si les symptômes ne diminuaient pas. J'ordonnai, en outre, faute de glace, de l'eau froide à l'intérieur, toutes les huit à dix minutes, et je fis entourer le malade de bouteilles de terre remplies d'eau chaude.

Il était environ trois heures lorsque je pus revoir le malade, qui venait de prendre la neuvième cuillerée de sa potion. Les vomissements, les selles, les crampes avaient diminué après l'administration des trois ou quatre premières cuillerées, et avaient disparu au moment de ma visite ; une douce chaleur avait succédé au froid, le pouls était revenu, la figure avait repris son expression normale. Le malade jouissait d'une grande tranquillité, et malgré l'emploi de la potion, il n'y avait pas la moindre tendance au sommeil ; il n'éprouvait qu'un grand sentiment de faiblesse.

Le lendemain, le malade, qui continua l'usage de sa potion à intervalles très-éloignés, était très-soulagé et demandait à manger. A partir de ce moment, sous l'influence d'un régime modéré, la santé du malade s'est parfaitement rétablie.

Obs. II. Un garde champêtre, âgé de cinquante-huit ans, d'une bonne constitution, est pris, dans la nuit du 11 au 12 novembre 1831, de malaise avec oppression, nausées et vomissements, puis selles fréquentes. Les matières des déjections sont blanchâtres et tiennent en suspension des grumeaux caractéristiques. Je trouvai le malade dans l'état suivant : langue froide, respiration difficile, anxieuse ; pouls petit et insensible, voix éteinte et cassée, yeux excavés, crampes très-douloureuses dans les bras et les jambes. J'ordonnai la potion suivante :

Extrait gommeux d'opium............... 50 centigrammes.
Pour un véhicule de 160 grammes.

En même temps, je prescrivis des sinapismes et une cuillerée d'eau froide toutes les dix minutes.

Au bout d'une heure, on vint me chercher, le malade étant dans un état plus grave ; mais je ne pus y aller qu'au bout d'un certain temps. Lors de mon retour, il s'était opéré une aggravation considérable : les crampes étaient devenues intolérables, le pouls était imperceptible, la cyanose était extrême. Voici ce qui s'était passé pendant mon absence : un de mes confrères avait été appelé et avait jugé à propos de remplacer la potion opiacée par une infusion de camomille. Voyant que le changement n'avait pas été profitable au malade, je prescrivis de continuer ma potion, par cuillerée

à bouche, de quart d'heure en quart d'heure. A peine en avais-je donné quatre cuillerées, que les symptômes avaient déjà perdu de leur violence, et que, deux heures après, il s'était opéré un changement des plus remarquables, et rien ne vint entraver la guérison.

Obs. III. Un homme de cinquante-deux ans, d'une bonne santé habituelle, après avoir chassé toute une matinée, fut pris, vers les trois heures du tantôt, de vomissements et de déjections alvines très-fréquentes. Appelé vers les sept heures du soir, je constatai l'état suivant : évacuations par haut et par bas, fréquemment répépétées, d'un liquide blanc, floconneux, tout à fait caractéristique ; langue et haleine froides, pouls insensible, respiration pénible et anxieuse, aphonie complète, refroidissement considérable du corps et des membres, atteints de crampes ; suppression des urines, yeux excavés à pourtour cyanosé ; en un mot, tous les symptômes présentaient un haut degré d'intensité. J'administrai immédiatement, comme aux malades précédents, l'opium à haute dose, donné en potion par cuillerée, d'abord de demi-heure en demi-heure jusqu'à diminution des symptômes, et ensuite d'heure en heure, avec accompagnement d'eau froide à l'intérieur ; application de sinapismes et bouteilles d'eau chaude.

Le lendemain, il ne restait plus qu'une extrême faiblesse, avec sensation très-douloureuse au creux épigastrique, et deux jours après, le malade était en pleine convalescence.

Plusieurs autres personnes, dont je ne rapporte pas ici l'histoire, ont été traitées de la même façon, avec les mêmes succès; et, bien que dans le pays où j'ai observé, le choléra épidémique n'ait pas présenté la même gravité que dans les grandes villes, où le fléau sévit chez des gens faibles et débilités, les faits que je viens de citer montrent, je crois, que l'emploi des opiacés à haute dose dans la première période du choléra est d'une grande utilité.

Dr Simorre.

Contres (Loir-et-Cher).

Monsieur et honoré confrère,

J'ai adressé, dans le temps, à notre regretté confrère Debout, un article sur une méthode rationnelle de traiter le choléra épidémique, lequel est inséré dans le soixante-sixième volume du *Bulletin de Thérapeutique*.

Veuillez me permettre aujourd'hui, vu les circonstances, de vous signaler des moyens que je crois propres à amener une salutaire

réaction dans la période algide du choléra, moyens, d'ailleurs, qui rentrent dans la méthode que j'ai exposée.

Dans la période algide, il n'y a qu'une méthode de traitement à mettre en pratique: celle qui consiste à appeler la réaction, parce que, sans réaction, la mort est inévitable.

Deux moyens, qui n'ont été indiqués par personne que je sache, me paraissent très-propres, par leur combinaison et leur application simultanée, à produire ce résultat. Ils consistent :

1° Après avoir frictionné les cholériques refroidis à sec ou avec des alcoolats et les avoir enveloppés de laine, à les mettre jusqu'au cou dans de vastes *sacs à capuchon rendus imperméables par le caoutchouc*, en ayant soin de laisser une ouverture pour les évacuations alvines;

2° A les transporter dans *des pièces chauffées de 35 à 40 degrés centigrades*.

Les malades ainsi enveloppés et mis dans une espèce d'étuve, on n'aurait plus qu'à leur administrer des boissons aromatiques, du vin chaud, des thés alcoolisés, de l'acétate d'ammoniaque, etc.

Il me paraît certain que ces moyens, appliqués avec intelligence, ne manqueraient pas de déterminer une prompte réaction.

La réaction obtenue, un nouvel ordre de choses commence et un autre mode de traitement devient nécessaire. J'ai développé ce point dans mon travail, je n'ai point à y revenir ici.

Ne vous semble-t-il pas, monsieur et honoré confrère, qu'un *modus faciendi* qui déterminerait la réaction d'une manière certaine, ne fût-ce que dans un certain nombre de cas, rendrait un immense service à l'humanité ?

Assurément, je n'ai pas la prétention d'indiquer des agents thérapeutiques absolument efficaces; mais si ceux que je propose méritent, par un côté quelconque, d'être pris en considération, il pourrait être bon que les hôpitaux et hospices, ainsi que les usines qui occupent un grand nombre d'ouvriers, fussent invités, en cas d'épidémie, à se munir d'un certain nombre de sacs imperméables faits en étoffe enduite de caoutchouc, semblable à celle qui sert à confectionner les manteaux ordinaires dits *imperméables* (on pourrait également en faire en taffetas gommé), et à préparer une salle chauffée de 35 à 40 degrés centigrades pour y recevoir les malades atteints de choléra dans la période algide. NEBOUX.

Note sur le choléra asiatique.

Lue à la Société scientifique des médecins du département de Vaucluse, le 4 octobre 1865.

Le choléra asiatique est un empoisonnement miasmatique qui affecte principalement le système nerveux : c'est là l'opinion la plus accréditée. Il détermine dans tout le tube digestif une perturbation si grande, que tout ce qu'on administre pour neutraliser le poison est violemment repoussé et rejeté par le vomissement et par les selles ; de telle sorte, que presque toutes les médications échouent, et que, s'il y en a une qui puisse être efficace, ce sera nécessairement celle dont les remèdes pourront être aisément absorbés par les organes.

En 1835, les diverses méthodes anticholériques plus ou moins prônées, ne donnant, dans l'hôpital d'Avignon, que de faibles résultats, je pensai qu'un médicament très-actif et facilement absorbable aurait plus d'efficacité. Si donc, pour combattre le fléau asiatique, les soporifiques sont le mieux indiqués, parce qu'ils modifient et calment la surexcitation et la perversion du système nerveux, il me semble que la morphine, plus absorbable et présentant sous un petit volume plus d'activité que l'opium et le laudanum, devait avoir sur ces derniers une supériorité incontestable. Le succès couronna mes essais : sur 99 cholériques qui prirent la morphine, 81 furent guéris et 18 décédèrent.

Enhardi par d'aussi heureux résultats, j'ai dû, en 1854, employer la même méthode. Le sulfate de morphine, à la dose d'un quart de grain toutes les demi-heure, jusqu'à effet produit, que j'ai prescrit aux 416 cholériques que j'ai soignés à cette époque, a procuré, comme en 1835, le même succès; 336 ont guéri et 80 sont morts (1).

En rappelant quel est, dans le choléra asiatique, le traitement qui offre le plus d'efficacité, je dois aussi dire que j'accueillerais avec faveur celui que l'expérience aura démontré lui être préférable ; et qu'en ce moment, comme toujours, l'unique but qui m'anime, c'est de faire mon devoir, de remplir les obligations de mon état, c'est-à-dire d'être utile à mes semblables.

GÉRARD,
Médecin à Avignon.

(1) Notre honorable correspondant aurait ajouté beaucoup plus d'intérêt à cette communication, s'il avait pris soin d'indiquer à quelle période de la maladie il avait administré les sels de morphine ; car, si tous les médecins sont d'accord pour employer les préparations opiacées dès le début du choléra, la divergence commence lorsqu'il s'agit du choléra confirmé.

(*Note de la Rédaction.*)

BULLETIN DES HOPITAUX.

Kyste de l'ovaire gauche, multiloculaire; une ponction; ovariotomie pratiquée a Paris; guérison [1]. — La nomée R*** (Hortense), âgée de vingt-neuf ans, couturière, est entrée à l'hôpital Beaujon le 15 avril 1865, salle Sainte-Monique, service de M. le docteur Frémy.

Cette jeune fille vient réclamer des soins parce que son ventre est devenu volumineux, et parce qu'elle a éprouvé de la gêne dans cette région.

Depuis *deux ans* environ, elle a vu son ventre grossir; elle a commencé à éprouver des douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, et c'est aussi dans ce point qu'elle a vu se former une tumeur. Malgré cela, son état de santé est resté longtemps satisfaisant; ses règles ont toujours paru régulièrement. Cette fille n'a eu ni grossesse, ni fausses couches.

Depuis *huit mois* surtout, son ventre a pris un développement considérable; il en est résulté une gêne respiratoire et quelques troubles de la digestion qui commencent à inquiéter la malade. Elle n'a jamais eu de vomissements, ni de mouvement fébrile.

La malade, sur les conseils d'un docteur de la ville, se décida à entrer à l'hôpital. Au moment où M. le docteur Frémy l'examine pour la première fois, elle présente un amaigrissement très-marqué et un grand amoindrissement des forces.

Le ventre est très-volumineux, arrondi, notablement tendu; la palpation permet de sentir à travers les parois abdominales des masses résistantes, mais ne présentant pas partout une dureté égale; il semble, vu l'inégalité de consistance, qu'il existe plusieurs tumeurs accolées les unes aux autres. Il n'est possible de sentir la fluctuation que dans un point assez limité correspondant à la région iliaque droite; partout ailleurs la tumeur est élastique, mais ne paraît pas contenir de liquide. Les intestins sont très-fortement repoussés en arrière, et la percussion ne permet de constater leur présence que dans quelques points très-limités de la région des flancs. Dans la région épigastrique, on trouve à peine un peu de sonorité.

Le toucher vaginal donne lieu à peu de remarques. L'utérus n'a pas perdu de sa mobilité; son col est ferme, et semble un peu porté

[1] La malade qui fait le sujet de cette observation a été présentée à l'Académie de médecine le 17 octobre 1865.

vers le pubis, mais il n'est pas descendu d'une quantité appréciable.

M. le docteur Frémy diagnostiqua un kyste multiloculaire de l'ovaire, probablement de l'ovaire gauche.

Dans les premiers jours du mois de mai, il fit pratiquer par son interne, M. Spiess, une ponction avec un trocart à hydrocèle, sur l'une des tumeurs, ou plutôt sur la portion gauche du kyste. Il ne s'écoula que 50 grammes environ d'un liquide blanc, épais, filant, albumineux. Cette ponction ne fut suivie d'aucun trouble, même local.

A ce moment, M. Frémy me pria d'examiner la malade. Mon diagnostic ne différa pas du sien; quant au traitement, il me parut devoir être radical; le liquide si épais et si abondant qui s'était écoulé quelques jours auparavant était de nature à faire renoncer à tout traitement palliatif. Il fallait laisser la maladie suivre son développement fatal, ou intervenir d'une manière très-active. D'accord avec M. Frémy, je proposai à la malade l'ovariotomie. L'idée d'une opération grave l'effraya, et, après une assez longue réflexion, elle demanda à rentrer chez elle, pour quelque temps au moins.

Le 1er juin, cette femme se présente de nouveau à la consultation de M. Frémy. Elle se trouve très-affaiblie; elle est amaigrie. Ses dernières règles ont duré une quinzaine de jours; elle a eu plusieurs épistaxis. Les digestions sont très-pénibles, les garderobes souvent suivies de petites hémorrhagies. La malade se plaint, en outre, d'un sentiment de pesanteur et de brûlure dans les cuisses, et l'on constate, outre un affaiblissement très-réel de l'énergie musculaire, une diminution de la sensibilité cutanée des membres abdominaux.

Le ventre n'a pas sensiblement augmenté de volume depuis le premier séjour de la malade à l'hôpital, mais il paraît un peu moins globuleux, et la tension des parois abdominales dans la région de hypochondres est plus marquée.

Le repos au lit, quelques légers purgatifs, une médication tonique, semblent améliorer un peu l'état de la malade. Cependant, bientôt l'amaigrissement plus marqué, la gêne persistante des digestions, qui se trahit par de la dyspnée et de la douleur épigastrique, la difficulté de la marche amènent la malade à réclamer l'opération, qu'elle avait refusée quelque temps auparavant.

Pendant ce second séjour à l'hôpital, la malade a vu de nouveau ses règles se prolonger outre mesure. Du 1er au 10 juillet, elle a encore eu quelques épistaxis.

Le 16 juillet, sur ma demande, M. le professeur Gosselin vint examiner la malade.

Nous trouvons l'abdomen irrégulièrement distendu, les flancs font une saillie très-marquée au-dessous des dernières côtes; l'abdomen, mesuré en passant par l'ombilic, donne 89 centimètres.

Dans la portion droite de l'abdomen, nous limitons assez facilement une assez grosse poche, au niveau de laquelle existe une fluctuation évidente; dans tous les autres points on sent une masse résistante et assez inégale.

L'absence de symptômes de péritonite depuis le début de la maladie, le frottement péritonéal très-léger que nous percevions dans presque tout l'abdomen, nous firent espérer qu'il n'existait pas d'adhérences. Bien entendu que nous avions cependant sur ce point établi nos réserves.

Il fut décidé que l'opération serait pratiquée le mercredi 19 juillet. Un moment M. Frémy et moi nous agitâmes la question de l'opportunité de l'opération faite dans l'hôpital même. L'idée de l'opération pratiquée dans l'intérieur de l'hôpital n'effrayait pas M. Frémy; pour mon compte, j'hésitais à placer mon opérée dans un milieu relativement peu favorable, et j'eus peu de peine à ramener M. Frémy à ma manière de voir, lorsque je lui appris que je pouvais placer notre malade dans un lieu fort salubre. M. Emile Duval avait bien voulu mettre à ma disposition, dans la maison de santé qu'il dirige, deux pièces isolées, et où l'air pouvait être incessamment renouvelé. Le quartier de la barrière de l'Etoile, où la malade a été opérée, me paraissait placé dans les conditions hygiéniques les plus favorables que l'on pût souhaiter.

Le mercredi 19 juillet, à onze heures du matin, la malade étant soumise à l'anesthésie par mon ami le docteur P. Tillaux, je procédai à l'opération, en présence et avec le concours de M. le docteur Frémy, médecin de l'hôpital Beaujon, de mon maître, M. le professeur Gosselin, de mes collègues des hôpitaux, MM. les docteurs Gombault et de Saint-Germain, de MM. les docteurs Denis, Dumont (de Caen), Duval, Lanquetin, Benoît. MM. Spiess et Th. Anger, internes de l'hôpital Beaujon, m'ont assisté, non-seulement pendant l'opération, mais pendant plus de douze jours et de douze nuits, ils ont soigné avec la plus grande sollicitude mon opérée, et c'est à leur zèle et à leur bonne amitié que je rapporte, en grande partie, le succès que j'ai été assez heureux d'obtenir à la suite de ma première ovariotomie.

Lorsque la malade fut complétement endormie, je pratiquai une incision d'environ 15 centimètres, commençant à plusieurs centimètres au-dessous de l'ombilic, et s'étendant jusqu'au pubis. Deux

aides appliquaient avec soin leurs mains sur les parties latérales du ventre pour faire saillir la tumeur, et la fixer exactement contre la paroi abdominale. L'incision terminée, avant d'attaquer directement le kyste, je plaçai huit à dix ligatures sur des vaisseaux de la paroi abdominale, qui donnaient lieu à un écoulement notable de sang. Ma main, introduite dans le ventre, entre le kyste et la paroi abdominale, me permit de constater l'absence d'adhérences. Je pratiquai alors une première ponction avec le gros trocart de M. Mathieu; mais, malgré une modification assez heureuse qu'a subie cet instrument, je ne pus faire écouler qu'une très-petite quantité d'un liquide épais, visqueux, blanc jaunâtre; trois nouvelles ponctions pratiquées dans des points différents ne me donnèrent pas un résultat plus heureux. C'est alors que, sur le conseil de M. le docteur Frémy, j'introduisis de nouveau ma main droite dans le ventre, je la plaçai à la partie postérieure du kyste, de manière à pouvoir appliquer celui-ci très-exactement contre la paroi abdominale, lorsque l'expulsion d'une portion du liquide en aurait diminué le volume. Je priai alors M. Gosselin de fendre largement le kyste avec un bistouri; plusieurs incisions furent pratiquées très-rapidement, et il s'écoula alors des flots de matière épaisse, gélatiniforme. En un instant le kyste fut tiré hors de l'abdomen; son pédicule était assez long, et large d'environ 4 centimètres. J'appliquai immédiatement le clamp qui a été construit par M. Mathieu, et lorsque la vis de l'instrument fut fortement serrée, je coupai le kyste au ras de l'instrument.

Le kyste enlevé, nous avons trouvé la masse intestinale aplatie, appliquée exactement au-devant de la colonne vertébrale, et nous avons procédé immédiatement à la toilette du péritoine. A l'aide d'éponges fines et neuves, nous avons un grand nombre de fois étanché le sang qui s'était accumulé, d'ailleurs en assez petite quantité, dans les cul-de-sac vésico-utérin et recto-utérin. Nous avons mis le soin le plus minutieux à nettoyer la cavité péritonéale, et pendant cette manœuvre un peu longue, nous avons vu l'intestin exposé à l'air se dilater peu à peu, et prendre assez rapidement une teinte rouge assez prononcée.

Nous procédâmes alors à la suture de la paroi abdominale; treize points de suture à anse métallique furent appliqués de la façon suivante : l'aiguille de Simpson piquant la peau du côté droit était conduite de dehors en dedans, de façon à traverser le péritoine à 2 centimètres environ de la surface de section de la paroi abdominale; puis, introduite alors de dedans en dehors, elle perforait le côté

gauche de la paroi au même niveau. De cette façon, nous pouvions adosser les surfaces séreuses correspondantes dans une étendue de 2 centimètres. Deux des points de suture furent mis au-dessous du pédicule et onze au-dessus; les deux fils voisins du pédicule furent placés très-près de celui-ci, de manière que la surface séreuse qui entourait ce débris du kyste fût en contact très-immédiat avec la séreuse de la paroi du ventre.

Tous les fils furent placés avant qu'un seul d'eux fût fixé définitivement, et c'est là un point sur lequel j'insiste. En effet, lorsque l'on comprend le péritoine dans la suture, l'aiguille, si fine qu'elle soit, déchire quelques petits vaisseaux de la séreuse, et donne lieu parfois à un écoulement de sang assez abondant. Dans le cas actuel, j'eus soin d'éponger de nouveau la cavité péritonéale, avant de fixer définitivement les sutures, et je pus ainsi retirer plus de 100 grammes de sang à l'état presque liquide ou sous forme de caillots. J'enlevai évidemment ainsi un corps étranger qui, laissé dans le ventre, ne pouvait jouer qu'un rôle fort nuisible. Les deux côtés de la paroi abdominale étant alors rapprochés bien exactement, chacun des fils métalliques fut tordu, puis coupé très-près de la plaie.

L'opération terminée, la malade fut soigneusement nettoyée et portée sur son lit : les diverses manœuvres avaient duré près de sept quarts d'heure, et pendant tout ce temps la patiente avait été soumise à une anesthésie complète.

L'opérée présente un aspect assez satisfaisant. Les draps ont été chauffés avec soin, et les membres de la malade sont entourés de boule remplies d'eau chaude. La malade avale quelques cuillerées de vin sucré aussitôt après l'opération. Dans la journée on lui en offre plusieurs fois, elle en prend en petite quantité, mais chaque fois elle a quelques légères envies de vomir.

La température est assez élevée, je ne juge pas convenable de faire allumer du feu dans la pièce où se trouve la malade.

La malade se réchauffe assez difficilement pendant les premières heures qui suivent l'opération, ce n'est que vers cinq heures (quatre heures après l'opération) qu'une réaction assez franche se développe. Pendant l'après-midi, il y avait eu à plusieurs reprises une tendance marquée à la syncope. La malade se plaint de souffrir dans le ventre. On lui administre un lavement avec 10 gouttes de laudanum. Le calme est plus grand. Des morceaux de glace sont donnés de temps en temps pour calmer la soif, qui est vive. Sommeil de huit heures à neuf heures et demie du soir; pouls à 120. Réveillée, la malade accuse de nouvelles douleurs dans le bas-ventre : nouveau

lavement laudanisé à 10 gouttes. Somnolence sans sommeil. Vers trois heures, le matin, les douleurs reparaissent : troisième lavement avec 10 gouttes de laudanum. On obtient alors environ deux heures de sommeil. La malade a été sondée deux fois depuis l'opération.

Jeudi 20 juillet. La matinée est assez bonne. A onze heures du matin, un bouillon est avalé et ne provoque pas de nausées. Vin et glace pour boissson, par petites quantités à la fois.

L'après-midi, le pouls varie de 110 à 120, la peau est chaude. La malade se plaint presque constamment de douleurs de reins, et fait entendre des plaintes presque incessantes. Il existe quelques coliques. Vers quatre heures, lavement avec 10 gouttes de laudanum. Peu après, il y a un peu de soulagement. Somnolence interrompue par des rêves et des cauchemars. Bouillon vers cinq heures.

La nuit est mauvaise. Le ventre est un peu ballonné ; les douleurs de reins sont très-vives ; coliques assez rares ; nausées, langue un peu sèche, agitation. A onze heures du soir, lavement laudanisé avec 20 gouttes de laudanum. Pouls à 120.

Vendredi 21 juillet. Le matin, amélioration sensible. La malade repose un peu ; les douleurs de reins sont diminuées. Un bouillon est pris avec plaisir et bien supporté ; vin et glace. La malade a été sondée trois fois en vingt-quatre heures.

Le ventre étant encore un peu ballonné, je fais faire une friction avec l'onguent mercuriel belladoné.

A une heure, la malade prend un nouveau bouillon. On la change de lit. Pouls à 120. La malade urine seule. Vers deux heures, elle est prise de douleurs très-vives, le pouls est très-petit, la face grippée. Lavement laudanisé avec 15 gouttes de laudanum. Sommeil de trois à quatre heures. En se réveillant, la malade accuse un mieux sensible ; elle est prise de sueurs abondantes. Elle boit un bouillon et du vin.

Le soir surviennent quelques coliques intermittentes, qui paraissent utérines. La malade a l'air un peu plus forte. Quelques gouttes de sang sont rendues par les parties. Sommeil complet de dix heures à minuit ; respiration régulière.

De minuit à deux heures, coliques assez vives, quelques nausées, ventre un peu ballonné. Les frictions avec l'onguent mercuriel ont été continuées. A une heure et demie, lavement laudanisé ; puis bientôt calme, sommeil, tranquillité complète jusqu'au matin. La malade a été sondée deux fois pendant la nuit.

Samedi 22 juillet. Le matin, état assez satisfaisant, peau bonne,

langue humide; pouls à 124. Bouillon, eau et vin. La malade est calme et gaie. Cependant le ventre est ballonné, assez douloureux à la pression, surtout à gauche, au-dessus du clamp.

Dans ce point, il existe de la rougeur, de l'empâtement, un véritable commencement de phlegmon.

Bouillon à deux heures. La malade ne pouvant uriner seule, est sondée de nouveau. Vers trois heures, malaise général, nausées, vomiturilions, douleurs abdominales vives, respiration plus fréquente ; pouls à 130. Les règles, qui ont paru ce matin, continuent à couler.

A cinq heures, lavement avec une poignée de sel de cuisine, suivi bientôt d'une selle copieuse et d'une miction spontanée. Urine rouge; cuisson et douleur des parties génitales. Frictions mercurielles sur le ventre. A huit heures du soir, bouillon.

La nuit paraît devoir être très-mauvaise. Vers onze heures, douleurs très-vives dans l'épaule gauche, arrachant des cris à la malade; douleurs abdominales assez violentes. De temps en temps sueurs froides; langue sèche, un peu fuligineuse.

Lavement laudanisé qui n'est pas gardé. Glace par petits morceaux. 6 gouttes de laudanum dans du vin.

Agitation; subdelirium pendant la somnolence; abattement et prostration. Cataplasme sur le ventre et frictions mercurielles.

Dimanche 23 juillet. A six heures du matin, amélioration très-sensible après une selle spontanée et abondante, mais liquide. Le ventre est redevenu souple et peu douloureux, excepté à l'endroit où semble se former un phlegmon. Bien-être général; soif moins vive. Gargouillement fréquent dans l'abdomen. Pouls tombé à 100 pulsations. A huit heures, la malade prend un bouillon. Le bien-être continue jusque vers onze heures; à ce moment malaise, coliques, ventre plus ballonné.

Vers midi, faiblesse très-grande, face légèrement grippée, ventre météorisé, pouls petit, à 104. Douleur surtout manifeste vers l'épigastre. Calomel, 60 centigrammes.

A trois heures, selle abondante, à la suite de laquelle survient un soulagement très-marqué. Sommeil dans l'après-midi. La malade prend un bol de thé, et boit à plusieurs reprises de l'eau sucrée avec de l'eau-de-vie. A cinq heures, nouvelle selle, accompagnée de la sortie d'une quantité très-considérable de gaz.

A huit heures du soir, bouillon et vin.

La malade est sondée à huit heures du soir. Elle dort un peu; mais son sommeil est agité, et elle se plaint d'une douleur vive dans

les parties génitales, surtout du côté gauche. A deux heures du matin, un peu de douleur dans le ventre; on administre un lavement laudanisé : soulagement assez rapide. Jusqu'à six heures du matin, somnolence mêlée de plaintes. A six heures, lavement, suivi de l'évacuation de matières et de gaz. On sonde la malade, et l'on retire une urine trouble et puante.

Lundi 24 juillet. Le pouls est à 100; la malade se trouve dans un état de bien-être assez grand; elle demande à manger.

A onze heures du matin, on lui fait prendre trois verres de limonade Rogé. A trois heures, bouillon aux herbes. A cinq heures, le purgatif n'ayant pas encore agi, lavement salé pour provoquer les évacuations. A partir de ce moment, selles nombreuses, presque liquides.

A dix heures, faiblesse très-grande. Vin sucré et thé alternativement; la malade mange deux biscuits. Pendant la nuit, somnolence, interrompue par de vives coliques intestinales. La malade a été sondée plusieurs fois.

Mardi 25 juillet. Le matin, à sept heures, le ventre est très-diminué de volume, à peine ballonné, non douloureux à la pression. Pouls de 85 à 90. Bien-être, mais faiblesse assez grande. Bouillon, eau-de-vie et eau de Seltz mélangées. Le météorisme a presque complétement disparu. Le cathétérisme amène une urine très-trouble et puante.

A six heures, j'enlève trois fils métalliques. La malade est changée de lit, comme tous les jours précédents, ce qui lui procure toujours un grand soulagement. A huit heures, elle mange un potage et un peu de poulet.

A minuit, douleurs dans le bas-ventre assez vives. Le cathétérisme les fait cesser. Peu après, somnolence, puis sommeil. Pouls à 100. Au milieu de la nuit, la malade urine volontairement; elle a quelques coliques, et rend des gaz en quantité par l'anus.

Mercredi 26 juillet. A huit heures, j'enlève quatre fils. Il se produit un peu d'écartement des bords de la plaie dans un point très-limité : j'applique une petite bandelette enduite de collodion. La peau est bonne, le pouls à 100. Pas de douleur dans le ventre; rougeur de la peau due aux frictions mercurielles. Il existe toujours un gonflement assez limité au-dessus et à gauche du clamp; la fluctuation a été cherchée à plusieurs reprises, mais n'a jamais paru assez nette pour indiquer la nécessité d'une incision dans ce point.

La malade prend un potage et mange un œuf.

A cinq heures, quatre fils qui avaient servi à lier de petites artères

des parois tombent facilement. Un nouveau fil métallique est enlevé. Le clamp, qui a pressé vivement sur la peau et a déterminé un peu de sphacèle superficiel, tient toujours très-solidement.

Potage au tapioca et côtelette.

La soirée est très-bonne jusqu'à dix heures. A partir de ce moment jusqu'à deux heures, sommeil interrompu par des plaintes fréquentes; coliques assez vives. Douleurs rhumatismales avec un peu de rougeur dans l'articulatien tibio-tarsienne gauche et dans le poignet droit. A deux heures, sentiment de faiblesse générale, prostration, diarrhée, trois selles liquides presque involontaires, gargouillements continuels. Thé chaud; anisette; tilleul chaud; cataplasmes très-chauds sur le ventre; 4 grammes de diascordium. Les coliques ont cessé au bout d'une demi-heure, et la malade a dormi jusqu'à six heures du matin. A six heures, miction spontanée.

Jeudi 27 juillet. Le matin, il s'écoule du côté de la plaie, au-dessus du clamp, du pus en assez grande abondance, provenant manifestement du point phlegmoneux que nous avons signalé. A partir de ce moment, cette partie des parois abdominales s'affaisse rapidement. Pouls à 100. Etat général très-satisfaisant. Des douleurs existent toujours du côté des organes génitaux. Le toucher vaginal révèle la présence d'une tumeur assez dure, faisant une saillie considérable dans le cul-de-sac vaginal du côté gauche. Deux fils métalliques sont enlevés, ainsi que le clamp. Lorsque celui-ci est retiré, il se produit un peu de rétraction des parties qui lui correspondent, et il se forme dans ce point un véritable godet, qui peu de jours après était comblé par les bourgeons charnus.

Nourriture légère. Les selles involontaires reparaissent. Potion avec teinture de cachou, 30 grammes; rhum, 50 grammes; laudanum, 2 grammes. Sommeil de minuit à sept heures du matin.

Vendredi 28 juillet. La malade ne peut uriner seule; la sonde ramène des urines épaisses, poisseuses. Pouls à 100. Les derniers fils métalliques sont enlevés. Nourriture légère; vin de Bordeaux; vin de Malaga. Pansement de la plaie avec l'alcool.

Samedi 29 juillet. Etat satisfaisant. Dans la soirée de samedi, pouls à 100, ventre légèrement ballonné, quelques douleurs dans le bas-ventre, langue un peu sèche. Dans la nuit, la tumeur qui faisait saillie dans le vagin se perfore, et laisse échapper une grande quantité de pus.

A partir de ce moment le pouls tombe à 90, puis bientôt à 80, et l'état général de la malade ne laisse rien à désir. L'appétit et la gaieté reviennent rapidement.

Le mercredi, 2 août, la malade est portée, et reste pendant une heure dans le jardin. La plaie marche vers une cicatrisation rapide.

Les jours suivants elle peut séjourner plus longtemps dehors. L'appétit est excellent. La plaie diminue chaque jour d'étendue. La dépression qui existait au niveau du clamp tend à se combler rapidement.

Le 7 août, la malade marche et peut se promener dans le jardin.

Le 16 août, elle quitte la maison de M. Duval, pour aller terminer sa convalescence à l'asile du Vésinet.

Vers le 20 août, la plaie est complétement cicatrisée; depuis plusieurs jours déjà, il n'existait plus que quelques petits îlots de bourgeons charnus, non recouverts d'épiderme.

31 août, la malade a repris ses forces, et un peu d'embonpoint. Elle mange avec un très-grand appétit, et prend des préparations de quinquina et de fer.

Le 15 septembre, elle rentre à Paris, pour reprendre ses occupations habituelles. Depuis le commencement du mois déjà, elle se livrait aux travaux de couture pendant presque toute la journée.

A cette époque, l'embonpoint a encore augmenté. Le ventre est parfaitement souple; mais comme cela a été observé chez presque toutes les opérées d'ovariotomie, lorsque la malade est depuis longtemps debout, le ventre devient un peu proéminent. Je conseille à la malade de porter une ceinture assez résistante; elle se trouve très-bien de l'usage de ce petit appareil.

Lorsque la malade est couchée, le ventre ne proémine pas du tout. En comprimant alors la paroi fortement, au niveau de la cicatrice située sur la ligne médiane, on peut constater que les muscles droits sont contigus en bas; mais vers la partie supérieure, quoique l'écartement entre leurs bords internes soit peu considérable, il existe incontestablement.

La malade a été réglée le 13 septembre, et le 12 octobre, les règles sont encore venues abondantes et de bonne nature. La santé générale, aujourd'hui, 17 octobre (trois mois après l'opération), ne laisse rien à désirer.

Examen de la pièce anatomique. — Le kyste, contenant et contenu, atteignait le poids de 21 kilogrammes à peu près; je dis à peu près, parce que, au moment de l'opération, il y a eu, répandue sur les linges une petite quantité de liquide qui n'a pu être très-exactement appréciée. Il est composé par une multitude considérable de poches, dont la plus grande pouvait renfermer les deux poings, et dont la plus petite aurait pu à peine contenir un œuf de poule. Le

nombre des poches peut être évalué difficilement; mais il est très-considérable. Une seule poche, la plus grande, renfermait du liquide véritable. Dans tous les autres on trouvait une matière gélatiniforme, gluante, blanche, jaunâtre. La paroi générale d'enveloppe du kyste présente peu d'épaisseur; elle est souple, et ne présente aucune induration, aucune inscrustation calcaire. Léon Labbé,

Chirurgien des hôpitaux,
agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi du sulfate de cuivre dans le traitement du choléra. Il a été fait beaucoup de bruit, au commencement de l'épidémie actuelle, des vertus préservatives et curatives du cuivre contre le choléra.

Nous attendions, pour en entretenir nos lecteurs, que des faits nombreux et bien observés eussent été publiés. Bien que les essais qui ont été tentés dans divers hôpitaux de Paris n'aient pas donné de résultats encourageants, nous croyons devoir donner un extrait d'une récente publication de M. Lisle, médecin en chef des Aliénés de Marseille. Au mois d'août 1865, M. Burq, se fondant sur l'immunité cholérique que présentent, selon lui, tous les ouvriers qui travaillent le cuivre [1], recommandait dans le choléra la potion suivante :

Acétate de cuivre cristallisé.	5 gr.
Laudanum de Rousseau . .	1 gr.
Eau commune	20 gr.

En même temps, application directe de plaques de cuivre sur la peau.

M. Lisle, qui avait eu connaissance de la publicité donnée à la thérapeutique métallique, et qui avait reçu, à Marseille, la visite de M. Burq, n'hésita pas à employer le sulfate de cuivre. Mais, trouvant la formule de M. Burq trop énergique, il l'a modifiée de la façon suivante; c'est une solution de sulfate de cuivre au 20e :

Sulfate de cuivre .	5 gramm.
Eau distillée . . .	100 —

(1) Cette immunité ne nous paraît nullement démontrée, et la preuve, c'est que, dès les premiers jours de l'épidémie, on avait reçu à l'hôpital Saint-Antoine trois malades dont l'unique occupation consistait à travailler ce métal.

Avec cette solution, faire composer une potion contenant :

Solution de sulfate de cuivre au 20e.	1 gr. 50.
Laudan. de Syden.	10 gouttes.
Eau sucrée	120 gramm.

« Cette potion, dit M. le docteur Lisle, est administrée au malade *le plus près qu'il est possible* du début de la maladie, à l'exclusion de toute autre médication : dans les cas très-graves, par cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure ; par demi-cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure dans les cas moyens; et, enfin, d'heure en heure dans les cas légers. On continue ainsi jusqu'à ce que la chaleur soit revenue à la peau et à la langue, et que le pouls soit un peu relevé. Ensuite les prises ne sont plus données que toutes les trois ou cinq heures, et l'on cesse complétement aussitôt que l'état du malade permet d'espérer que la période algide est terminée. C'est là la marche que j'ai suivie à peu près constamment. Mais il n'est pas douteux qu'elle ne puisse être modifiée suivant les circonstances. Cependant je dois ajouter que, pour chaque prise successive, je n'ai jamais donné au delà d'une cuillerée à bouche de la potion, sinon peut-être au début, dans les cas les plus graves, où je commençais par une cuillerée entière.

« Les boissons qui m'ont paru les plus utiles sont, dans les premières heures, du thé chaud additionné de 50 à 100 grammes de rhum par litre. Un peu plus tard, la limonade cuite, le riz acidulé, ou le sirop d'orgeat. Toutes ces boissons doivent être prises souvent et en petites quantités à la fois; j'ajoute encore un petit morceau de glace toutes les demi-heures.

Enfin, le malade doit être couvert chaudement, mais sans exagération; s'il est possible, enveloppé dans une couverture de laine, mais seulement jusqu'au retour de la chaleur. Lorsque la réaction s'opère, le malade peut prendre un peu de bouillon, et c'est généralement le deuxième ou le troisième jour; je me suis toujours bien trouvé d'une boisson composé de :

Vin vieux	0,25	centil.
Eau de St-Galmier.	0,25	—
Eau ordinaire. . .	0,50	—

« Voici maintenant le résultat : 68 malades, hommes et femmes, ont été atteints du choléra, depuis son invasion à l'asile jusqu'à ce jour. Sur ce nombre, 36 ont été traités par les moyens ordinaires et ont donné 28 décès pour 8 guérisons; 26 hommes et 2 femmes, ensemble 31, ont été traités par le sulfate de cuivre : 7 de ces malades sont morts et 25 ont été guéris. » (*Gazette des hôpitaux.*)

De l'emploi du chloroforme pour combattre les crampes des cholériques. Suivant M. Wahu, l'un des symptômes qui fatiguent le plus les cholériques et qui leur causent les plus vives souffrances, sont les crampes. J'ai vu, dit-il, des malheureux en proie à une sorte de délire occasionné par les crampes, qui avaient envahi non-seulement les membres supérieurs et inférieurs, mais encore la majeure partie des muscles de l'abdomen et de la région épigastrique, et même le diaphragme. J'ai été assez heureux pour faire disparaître ces crampes dans tous les cas au moyen du chloroforme; et des ordres avaient été donnés par moi, dès le commencement de l'épidémie, pour que le liquide anesthésique fût de suite employé dès qu'un cholérique se plaignait de crampes. Les frictions étaient faites non sur la partie affectée de crampes, mais *le long de l'épine dorsale*. On plaçait le malade sur le côté droit et l'on frictionnait rapidement la colonne vertébrale, de la nuque aux lombes, avec un petit morceau de flanelle largement imbibé de chloroforme Je dis *largement*, parce que si l'on se contente de mouiller légèrement l'étoffe, l'effet n'a pas lieu, vu l'extrême promptitude de l'évaporation. Pour bien pratiquer cette opération, il faut être deux, l'un tenant le flacon, versant le chloroforme et rebouchant le flacon; l'autre frictionnant rapidement. Une friction d'une minute suffit à calmer les crampes les plus fortes. Pour obtenir un effet complet, il faut que l'épiderme soit rubéfié comme par l'application d'un sinapisme. Dans les cas ordinaires, une friction suffit à faire disparaître les crampes sans retour. Lorsque les crampes sont très-fortes et générales, il faut quelquefois revenir aux frictions à deux ou trois reprises; mais toujours le soulagement est *immédiat*. Si j'insiste aussi longuement sur ce moyen, c'est parce que tous ceux qui ont vu des cholériques savent que les crampes sont, de tous les symptômes, celui qui fatigue le plus les malades et qui leur occasionne une agitation qui annihile l'effet des moyens employés pour conjurer les autres symptômes de la maladie. (*France médicale.*)

De la scille dans les affections de la rate. Le docteur Hennigke attire l'attention sur l'action de la scille dans les affections spléniques et ajoute même un cas très-intéressant qui montre cette action d'une manière très-frappante.

Il s'agit d'un homme qui, quinze mois auparavant, présentait une pleurite à gauche ayant déterminé un déplacement du cœur à droite, et qui de plus offrait depuis longtemps une tuméfaction de la rate augmentant sans cesse. Dans l'hypochondre gauche existait une tumeur dure, élastique, dont le bord antérieur était borné à la région épigastrique; elle dépassait de trois pouces le rebord antérieur des côtes, et s'étendait parallèlement à l'axe de la dixième côte vers la colonne vertébrale. Cette tumeur, peu mobile, pouvait, par places, être saisie à travers les parois abdominales. Ce qu'il y avait de plus important, c'est que l'on ne pouvait découvrir aucune cause qui eût pu déterminer la tuméfaction de la rate; le malade n'avait jamais eu de fièvre intermittente, et l'existence de la tumeur remontait à une époque que l'un ne pouvait fixer.

On prescrivait quinze gouttes, cinq fois par jour, de teinture de scille. La tuméfaction de la rate diminua tous les jours, la sécrétion urinaire augmenta. Au bout de trois semaines, le malade était guéri. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

Cas d'asthme guéri par l'huile de schiste. Après avoir vu un homme, chez qui les accidents

qui accompagnent l'asthme étaient arrivés à un point tel qu'il ne pouvait plus travailler, recouvrer la santé sous l'influence de l'aspiration des émanations produites par les huiles brutes de schiste, auxquelles il était exposé dans une usine, M. le docteur Rérolle (d'Autun) n'hésita pas à recourir au même moyen pour combattre un asthme dont il était atteint.

Le procédé qu'il employa consista simplement à faire usage d'huile de schiste pour son éclairage, en ayant soin, pour prolonger l'évaporation, de laisser la lampe éteinte près de son lit, de sorte que, même pendant le sommeil, il absorbait d'une manière insensible une grande quantité de produits qui ne cessent de se volatiliser.

Depuis deux ans qu'il se soumet à ces aspirations, la santé de notre confrère s'est notablement améliorée; la marche, qui était devenue très-pénible, est facile aujourd'hui.

La lampe n'est pas un instrument indispensable dans l'application de ce traitement; mais comme elle peut avoir un double but, elle est préférable à tout autre vase dans lequel on placerait de l'huile. On ne doit pas oublier que celle-ci agit avec d'autant plus d'énergie qu'elle est moins épurée, et son odeur fort désagréable pourrait être considérée comme une difficulté; mais il paraît qu'on s'y habitue facilement, surtout quand on commence par en brûler, et qu'on en subit l'inhalation pendant le sommeil. (*Journal de médecine de Lyon.*)

Du citrate d'ammoniaque contre l'irritation de la vessie. Prout avait recommandé le citrate d'ammoniaque dans certaines formes de maladie de Bright; le docteur Meade l'a trouvé très-avantageux dans les cas où l'urine a une faible densité et contient peu d'urée; cependant l'auteur ne le donne pas dans le but de combattre l'affection rénale, mais il traite de cette manière l'irritation de la vessie qui l'accompagne souvent.

Voici à peu près sa formule :

Rp. Sesq.-carb. d'am. 1 gros (4gr,00),
Acide citrique. . 12 gr. (0gr,60).
Eau distillée. . 5 onc. (150gr,00).
M. d. s. 3 à 4 cuill. tous les jours.

(*Gazette méd. de Strasbourg.*)

Des effets physiologiques des épispastiques. M. Oswald Naumann, de Leipzig, fait remarquer que malgré l'emploi fréquent des irritants cutanés, on s'occupe peu de leur mode d'action et l'on ignore le plus souvent à quoi est dû le succès qu'on leur attribue. Après une introduction historique de laquelle il résulte que l'usage de ces moyens remonte à la plus haute antiquité, l'auteur relate ses expériences sur les grenouilles et les chauves-souris, et arrive à démontrer que les épispastiques agissent par voie réflexe. Voici, du reste, quelques-unes des conséquences qu'il croit pouvoir déduire des faits observés :

1° L'action thérapeutique des épispastiques s'exerce, en général, par voie réflexe, et ainsi par l'intermédiaire des organes centraux.

2° Ces moyens ont une influence remarquable sur l'activité du cœur et des vaisseaux.

3° De forts irritants cutanés agissent d'une manière hyposthénisante en affaiblissant les contractions du cœur, en dilatant les vaisseaux et en ralentissant la marche du sang.

4° Des irritants relativement faibles, au contraire, produisent des effets directement opposés et agissent d'une manière hypersthénique.

5° Le plus souvent, le lieu d'application est indifférent pour le but que l'on se propose. (*Gaz. méd. de Paris.*)

VARIÉTÉS.

Son Exc. M. le ministre de l'intérieur s'est rendu le 30 octobre à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Beaujon.

En exécution des ordres de l'Empereur, M. le ministre a annoncé que Sa Majesté avait été vivement touchée, lors de la visite qu'elle a daigné faire personnellement dans les hôpitaux, du zèle infatigable avec lequel les internes attachés au service des cholériques avaient rempli leur mission. Son Excellence a ajouté que l'Empereur, voulant récompenser le corps tout entier dans la personne de deux de ses membres qui se sont particulièrement signalés, avait daigné nommer chevaliers de la Légion d'honneur M. Legros, interne à l'Hôtel-Dieu, et M. Lelion, interne à l'hôpital Beaujon.

Conformément aux intentions de Sa Majesté, M. le ministre de l'intérieur a

remis la croix à MM. Legros et Lelion dans la salle des cholériques, c'est-à-dire dans le lieu même qui a été témoin de leur courageux dévouement.

Le corps médical tout entier applaudira à cet acte de délicate justice. Nous sommes heureux, pour notre part, de nous associer pleinement à ce sentiment, et nous en adressons nos sincères compliments à nos jeunes confrères.

Bulletin du choléra. — L'épidémie de Paris suit, depuis quinze jours, une marche décroissante si régulière que nous pouvons, sans crainte, affirmer sa cessation prochaine.

Le relevé ci-joint montre comment s'est comportée l'épidémie, pendant les mois d'octobre et de novembre :

MORTALITÉ PAR LE CHOLÉRA. — DÉCÈS CIVILS ET DES HOPITAUX RÉUNIS.

Le 1er octobre......		8	décès.	Le 21 octobre......		214	décès.
2	—	31	—	22	—	205	—
3	—	46	—	23	—	188	—
4	—	71	—	24	—	127	—
5	—	72	—	25	—	163	—
6	—	73	—	26	—	141	—
7	—	114	—	27	—	132	—
8	—	77	—	28	—	120	—
9	—	166	—	29	—	100	—
10	—	159	—	30	—	125	—
11	—	147	—	31	—	103	—
12	—	169	—	Le 1er novembre...		114	—
13	—	151	—	2	—	81	—
14	—	188	—	3	—	83	—
15	—	264	—	4	—	92	—
16	—	216	—	5	—	61	—
17	—	217	—	6	—	58	—
18	—	229	—	7	—	56	—
19	—	197	—	8	—	68	—
20	—	206	—	9	—	53	—

Le chiffre des entrées dans les hôpitaux s'est élevé à......... 2,365
Cas déclarés à l'intérieur.................................. 549

Total des décès dans les hôpitaux............ 1,634
— — à domicile.................. 3,670
Total général..... 5,304

M. Hollard (Henri-Louis-Gabriel-Marc), docteur ès sciences, docteur en médecine, professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Poitiers, est nommé professeur de zoologie et d'anatomie comparée à la Faculté des sciences de Montpellier.

M. Contejean, docteur ès sciences naturelles, est chargé du cours d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Poitiers, en remplacement de M. Hollard, appelé à d'autres fonctions.

Un congé d'inactivité est accordé à M. le docteur Haime, professeur de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

M. Duclos, docteur en médecine, est chargé du cours de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pendant la durée du congé accordé à M. Haime.

M. Hergott, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, est chargé, à titre de suppléant, du cours de clinique chirurgicale pendant la durée d'un congé accordé à M. Sédillot.

M. Letiévant, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon (emploi vacant).

M. Labéda, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques et professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École

préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, en remplacement de M. Rességuet, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Alexandre, professeur adjoint de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. James, suppléant pour les chaires de médecine à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur adjoint d'histoire naturelle médicale et matière médicale à ladite École, en remplacement de M. Févez, décédé.

M. Coulon, professeur suppléant pour les chaires de chimie et de pharmacie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine à ladite École, en remplacement de M. James, appelé à d'autres fonctions.

M. Audouard, pharmacien de première classe, est nommé professeur suppléant pour les chaires de pharmacie et de toxicologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Cormerais.

M. Blanche, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Tinel, professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à ladite École.

Le 5 novembre a eu lieu la séance de rentrée de la Faculté de médecine. Le doyen, M. Tardieu, a ouvert la séance par un discours dans lequel il a exposé très-clairement la situation de la Faculté; il a montré aux élèves leurs progrès et ceux qu'ils devaient espérer encore; il a rendu hommage au zèle de tous, et notamment des agrégés qui avaient organisé les conférences historiques sur la médecine. Ce discours, dans lequel se reflètent si bien les intentions dont est animé M. Tardieu à l'égard de la jeunesse de l'École, a été plusieurs fois interrompu par des applaudissements.

M. Laugier, qui a prononcé le discours d'usage, avait choisi pour sujet l'éloge historique de S.-L. Petit.

M. Bouchardat a proclamé la liste des lauréats.

Prix de l'École pratique. — La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu de décerner de premier grand prix ni les deux autres premiers prix.

1er *second prix*. — M. Pelvet. — 2e *second prix*. — M. Paquel.

Mentions honorables. — MM. Hémey et Lemattre.

Prix Corvisart. — M. Lionville, interne provisoire des hôpitaux.

Prix Montyon. — La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix.

Prix Barbier. — Pas de prix; une somme de 1,000 francs à titre d'encouragement à M. le docteur Duplay.

Prix Chateauvillard. — Prix de la valeur de 1,500 francs décerné à M. le docteur Jaccoud, agrégé stagiaire.

Récompense de 500 francs accordée à M. le docteur Luys, médecin des hôpitaux.

Mention honorable. — M. Paul Topinard.

Première classe hors ligne (Médailles d'argent). — M. Gimbert (Jean-Louis-Honoré), né à Cannes (Var), le 8 mai 1841. — *Structure et texture des artères*.

M. Vée (Amédée-Alexandre), né à Paris (Seine), le 2 avril 1834. — *Recherches chimiques et physiologiques sur la fève du Calabar*.

Deuxième classe (Médailles d'argent). — M. Cruveilhier (Pierre-Edouard-Gabriel), né à Paris, le 17 juin 1835. — *Sur une forme spéciale d'abcès des os ou des abcès douloureux des épiphyses*.

M. Dubreuil (Henri-François-Alphonse), né à Montpellier (Hérault), le 26 janvier 1835. — *Des indications que présentent les luxations de l'astragale*.

M. Cornil (Victor-André), né à Cusset (Allier), le 17 janvier 1837. — *Sur les lésions anatomiques du rein dans l'albuminurie*.

M. Rigout (Edmond-Alexandre), né à la Chapelle-Saint-Denis (Seine), le 6 février 1819. — *De la recherche micro-chimique. — Des principes immédiats de l'économie animale.*

M. Sentex (Louis-Jean Félix-Omer), né à Saint-Sever (Landes), le 2 octobre 1841. — *Ecoulements purulents du conduit auditif et de la phlébite consécutive des sinus méningiens.*

M. Julliard (Gustave), né à Genève (Suisse), le 18 octobre 1836. — *Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phthisie pulmonaire.*

Troisième classe (Médailles de bronze). — M. Henrot (Henri-Alfred), né à Reims (Marne), le 22 mai 1838. — *Des pseudo-étranglemen ts que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin.*

M. Horteloup (Paul), né à Paris (Seine), le 19 septembre 1837. — *De la sclérodermie.*

M. Brouardel (Paul-Camille-Hippolyte), né à Saint-Quentin (Aisne), le 13 février 1837. — *De la tuberculisation des organes génitaux de la femme.*

M. Gouraud (Vincent-Francois-Xavier), né à Paris (Seine), le 24 janvier 1837. — *De l'influence pathogénique des maladies pulmonaires sur le cœur droit.*

M. de Valcourt (Jules-Edmond-Théophile), né à Paris le 5 mai 1836.—*Climatologie des stations hivernales du midi de la France* (Pau, Amélie-les-Bains, Hyères, Cannes, Nice, Menton).

Quatrième classe (Mentions honorables). — M. Pellegrino. — *Etudes sur quelques hémorrhagies liées à la néphrite albumineuse et à l'urémie.*

M. Meunier (Jules-Etienne-Ernest), né à Meung (Loiret), le 27 avril 1836, — *De l'atrophie des nerfs et des papilles optiques dans ses rapports avec les maladies du cerveau.*

M. Martin (Charles-Henri), né à Paris (Seine), le 8 janvier 1835. — *De la contagion dans l'érysipèle.*

M. Jousset (Georges-Louis-Marie-Félicien), né à Bellesme (Orne), le 18 février 1839. — *De la méthode hypodermique et de la pratique des injections sous-cutanées.*

M. Robertet (Florimond-Simon-Ernest), né à Paris (Seine), le 28 octobre 1836. — *Essai sur l'encéphalite.*

M. Rabbinowicz (Israël-Michel), né à Horodez (Lithuanie), le 1er mai 1818. — *Etudes historiques sur l'empoisonnement.*

M. Zochios (Jean), né à Athènes (Grèce), le 20 mai 1840. — *De la glycosurie.*

M. Rodet (Jean-Louis), né à Mirmande (Drôme), le 5 décembre 1838. — *De la trichine et de la trichinose.*

Le corps de l'internat vient d'être éprouvé à son tour : M. Jubin, interne à l'Hôtel-Dieu, a été atteint de choléra et a succombé. Ses obsèques ont eu lieu le 31 octobre, avec le concours de M. Husson, directeur général de l'Assistance publique ; de MM. Guéneau de Mussy, Pidoux, et d'un grand nombre de collègues de M. Jubin.

Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Bazin, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux, professeur à la Faculté des sciences de cette ville, chevalier de la Légion d'honneur, qui a succombé à une attaque d'apoplexie foudroyante.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Marx, l'élève favori de Dupuytren.

M. le docteur Octave Landry, directeur de l'établissement hydrothérapique d'Auteuil, connu par des travaux justement estimés, vient d'être enlevé à sa famille et à ses nombreux amis à l'âge de trente neuf ans.

Hôpital des Enfants malades. — M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera le Cours clinique des maladies des enfants, le mercredi 15 novembre, et continuera les mercredis suivants.

Visite des malades et conférences cliniques tous les jours à huit heures ; leçons à l'Amphithéâtre le mercredi à neuf heures.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du permanganate de potasse. — De ses applications thérapeutiques.

Par M. le docteur COSMAO-DUMENEZ, de Pont-l'Abbé (Finistère).

L'emploi du permanganate de potasse comme agent désinfectant ne date que de quelques années. Les premières applications qui aient été faites, en France, de ce médicament, appartiennent à M. le docteur Demarquay. Nous avons pu suivre dans le service de ce chirurgien, à la Maison municipale de santé, un grand nombre d'expériences qui nous ont inspiré l'idée de ce mémoire.

Cet agent thérapeutique a d'abord été employé par les Anglais et les Américains; et c'est frappé des résultats qu'il a vu obtenir, par son emploi dans les hôpitaux de Londres, que notre honoré maître eut l'idée de l'expérimenter à la Maison de santé, où il a constamment fourni, comme on le verra par la suite, d'excellents résultats. Plusieurs observations ont déjà été publiées sur le sujet que nous traitons : c'est ainsi que M. le docteur Le Dreux, dans sa dissertation inaugurale ([1]), a fait connaître, avec détails, l'emploi de cet agent thérapeutique dans le traitement du cancer utérin; plus tard, nous avons publié nous-même quelques cas de guérison d'ozène par l'usage d'injections dans le nez d'une solution de ce médicament. — M. le docteur Oliffe a rapporté des faits analogues. Enfin, reprenant ces divers travaux, M. Sicard, interne en pharmacie attaché au service de M. Demarquay, a fait également ressortir, dans deux articles successifs, les résultats avantageux fournis par le permanganate dans la désinfection des tissus malades, et a exposé, en outre, les différents modes de préparation de ce produit pharmaceutique par le procédé de M. Leconte et celui de MM. Wœlher et Gregory.

Nous ne terminerons point ce rapide historique sans mentionner les recherches de M. Castex et le travail publié par M. Réveil dans les *Archives générales de médecine* de 1864.

I. *Préparation et propriétés du permanganate de potasse.* — On

([1]) *Recherches sur le cancer de l'utérus*, Thèses de Paris, 1862.

emploie le permanganate de potasse à l'état de solution ou à l'état de cristallisation; nous avons vu également M. Demarquay se servir, à la Maison de santé, de ce médicament pulvérisé et mélangé avec parties égales de carbonate de chaux et d'amidon. Nous reviendrons plus loin sur les avantages que peut offrir, selon les cas, telle ou telle autre de ces préparations.

La solution de permanganate que l'on a d'abord employée se préparait, d'après le procédé de M. Leconte, au moyen du bioxyde de manganèse, du chlorate de potasse et de la potasse caustique. Ce chimiste prend :

Bioxyde de manganèse	20 grammes.
Chlorate de potasse	20 grammes.
Potasse caustique	25 grammes.

Il fait dissoudre la potasse caustique et le chlorate de potasse dans aussi peu d'eau que possible; il ajoute le bioxyde de manganèse, puis évapore à siccité, en ayant soin d'agiter constamment; il calcine ensuite au rouge sombre pendant une heure, dans une petite capsule de fer non émaillé, et, après avoir laissé refroidir, il ajoute environ un litre d'eau distillée. Il fait ensuite bouillir le mélange dans une capsule de porcelaine, jusqu'à ce que le liquide présente une teinte rouge légèrement violacée, bien franche. Il enlève, après repos convenable, le liquide par décantation, et lave peu à peu le résidu avec une quantité d'eau suffisante pour que, réunies à la première liqueur, les eaux de lavage forment deux litres. C'est ce liquide qui, mêlé à une quantité d'eau variable selon les cas, servit d'abord dans le pansement des plaies. Il est alcalin et se décompose au contact des matières organiques; aussi faut-il éviter de le filtrer avec du papier : on fait usage, en pareil cas, d'un entonnoir dont la douille est garnie d'un tampon d'amiante ou d'un filtre de sable pur. Cette préparation de M. Leconte aurait, au dire de M. Gaultier de Claubry, d'abord été employée par M. Personne [1].

Le procédé de MM. Wœhler et Gregory permet d'obtenir, avec plus de facilité, de grandes quantités de permanganate pur. On mélange intimement 4 parties de peroxyde de manganèse et 3 parties 1/2 de chlorate de potasse. On ajoute au mélange 5 parties de potasse caustique dissoutes dans une petite quantité d'eau. On fait

---

[1] *Gaz. des hôpitaux*, 1863, p. 296.

sécher la masse, qu'on pulvérise de nouveau et qu'on maintient au rouge sombre, pendant une heure, dans un creuset de terre. La masse refroidie est traitée, à plusieurs reprises, par une grande quantité d'eau; et la dissolution ainsi obtenue, est abandonnée au repos ou filtrée sur du verre pilé; il ne reste plus qu'à la concentrer suffisamment pour qu'elle dépose, au bout d'un certain temps, de beaux cristaux de permanganate de potasse. La concentration de ce sel doit être opérée à une température aussi basse que possible pour éviter sa décomposition par la chaleur. Ce sont ces cristaux de permanganate qui, dissous en quantité variable dans l'eau, sont plus particulièrement usités aujourd'hui.

Le permanganate de potasse, convenablement dissous dans l'eau, offre une belle coloration violette qui varie selon le degré de concentration de la solution; il est insipide et inodore: cette dernière qualité en fait un désinfectant précieux, car elle prouve qu'il n'agit pas, comme tant d'autres, en masquant la mauvaise odeur ou en substituant une odeur à une autre. On sait que les désinfectants agissent de trois manières différentes: soit en empêchant la formation de gaz fétides, soit en les absorbant ou en les décomposant chimiquement; ces derniers sont évidemment les désinfectants par excellence. Celui que nous étudions ici doit être rangé dans cette catégorie; il décompose les produits putrides qui stagnent à la surface des plaies infectes, comme on le reconnaît facilement au changement de coloration qu'il subit instantanément. Nous étudierons plus loin, en détail, la nature de cette transformation chimique [1].

II. *Du permanganate de potasse appliqué au traitement des plaies de mauvaise nature.* — On peut l'employer de deux manières différentes: en dissolution ou en poudre mélangée à du carbonate de chaux et de l'amidon; ces deux procédés offrent chacun des avantages et des inconvénients. Les lavages fréquemment répétés avec la solution de permanganate de potasse désinfectent très-bien; cependant leur action n'est que momentanée et, au bout de quelques heures, la mauvaise odeur se reproduit. Mais si l'on a soin, après les ablutions faites sur les parties malades, de les panser avec de la charpie trempée dans la solution, l'action du topique est beau-

---

[1] Ce n'est toutefois qu'après une étude des divers désinfectants que M. Demarquay s'est arrêté définitivement au permanganate de potasse.

Voir, d'ailleurs, la note qu'il a communiquée en 1863 à l'Académie des sciences.

coup plus persistante. La poudre absorbe également la mauvaise odeur et décompose les produits de la putréfaction; son action est plus persistante; mais elle ne nous a pas paru modifier si heureusement la surface des plaies de mauvaise nature. Nous donnerons donc la préférence à la solution. Celle-ci n'agit pas, en effet, seulement comme agent désinfectant, mais elle hâte la cicatrisation. Nous avons pu nous convaincre de cette vérité par les expériences que nous avons suivies dans le service de M. Demarquay, par les faits que nous a rapportés notre confrère et ami, le docteur Le Dreux, et ceux que nous avons nous-même observés dans notre pratique particulière. Nous traitons journellement des gens atteints aux jambes d'ulcères chroniques exhalant une odeur infecte, présentant un aspect grisâtre, et chez lesquels deux ou trois lavages suivis de pansements avec le permanganate de potasse suffisent pour faire disparaître toute mauvaise odeur et rendre aux tissus malades une belle coloration rosée. Le permanganate de potasse favorise donc, d'après cela, la cicatrisation des plaies; nous avons pu maintes fois, à la Maison de santé, observer cette action cicatrisante de l'agent en qnestion : les travaux que nous avons cités précédemment contiennent, à l'appui de cette opinion, de nombreux faits qu'il est inutile de rappeler ici [1].

L'odeur infecte qu'exhalent les plaies gangréneuses disparaît avec une rapidité surprenante par l'emploi du permanganate de potasse. Nous avons vu, à la Maison de santé, un homme d'une quarantaine d'années affecté d'une gangrène de la bouche et du pharynx, exhalant une odeur tellement infecte que le séjour dans sa chambre était à peu près impossible. Une injection dans la bouche avec une solution au dixième de permanganate suffit pour la faire disparaître si complétement, que tous les assistants furent surpris de la rapidité du résultat obtenu; il suffit de renouveler ces injections de temps en temps pour que les personnes appelées à soigner le malade ne fussent plus incommodées par la mauvaise odeur. M. Sicard rapporte l'observation d'un malade atteint d'un vaste érysipèle gangréneux occupant toute la région abdominale droite et répandant une odeur des plus nauséabondes. On employa le permanganate de potasse; des incisions venaient d'être pratiquées sur toutes les parties

---

(1) Quand on emploie la poudre il faut, la plaie étant recouverte d'un linge glycériné, mettre de la charpie bien perméable à l'air, et on fait tomber alors sur la charpie une certaine quantité de poudre qui se décompose à mesure que la sérosité ou le pus arrive au contact de cette poudre désinfectante.

mortifiées et avaient donné issue à une grande quantité de sérosité infecte. Un seul lavage avec une solution de permanganate a immédiatement fait disparaître la mauvaise odeur. Deux heures après elle se reproduisait, mais moins forte ; nouveaux lavages, nouvelle disparition de l'odeur. Ces lavages ont été continués avec le même résultat jusqu'au moment de la mort, qui est survenue le lendemain.

Nous avons eu occasion d'ouvrir dernièrement un panaris du médius de la main droite, avec mortification de la peau, répandant une odeur des plus infectes. Des ablutions faites avec la solution de permanganate de potasse au dixième ont instantanément fait disparaître la mauvaise odeur.

On sait combien est insupportable, pour les malades et pour les personnes qui les soignent, l'odeur répandue par les produits de sécrétion du cancer ulcéré de l'utérus. L'emploi du permanganate de potasse en injections dans le vagin, plusieurs fois par jour, améliore notablement, dans ces cas, l'état général des malades en les mettant dans des conditions hygiéniques meilleures. Nous ferons grâce au lecteur des observations nombreuses que nous avons recueillies sur ce sujet : qu'il nous suffise d'affirmer que la désinfection a, dans tous les cas, été obtenue par l'emploi de l'agent que nous étudions. Jamais il ne produit de mauvais effet : appliqué sur les muqueuses, quelle que soit la dose, quel que soit le titre de la dissolution, il ne détermine aucune douleur, aucune irritation de ces tissus.

On emploie aussi le permanganate de potasse en pansement dans le traitement du cancer ulcéré du sein, du testicule, etc. ; en un mot, dans le traitement de cette affection, quelle que soit la partie du corps où elle siége. Le fait suivant nous a tellement frappé, que nous ne saurions le passer sous silence. Un homme d'une quarantaine d'années était entré à la Maison de santé pour se faire enlever une tumeur cancéreuse ulcérée de la mâchoire inférieure. La tumeur offrait un volume considérable, elle envahissait les régions voisines; l'opération fut jugée impraticable. La plaie exhalait une odeur repoussante rendant impossible le séjour des autres personnes dans la chambre du malade. Divers topiques, entre autres l'eau chlorurée en lavages et en injections, furent employés pour enlever cette mauvaise odeur; ils ne produisirent aucun effet. On employa le permanganate de potasse en injections dans la bouche; la plaie fut lavée, puis pansée avec de la charpie trempée dans la solution : au bout de vingt-quatre heures un changement notable s'était pro-

duit, et, après trois ou quatre jours, l'odeur avait entièrement disparu.

III. *Du permanganate de potasse appliqué au traitement de l'ozène.* — Du moment que cet agent désinfectait les cancers utérins, les plaies et les ulcères de mauvaise nature, il était naturel de l'appliquer au traitement de l'ozène. On sait que tantôt les ulcérations des fosses nasales, dans le coryza chronique, siégent à la partie antérieure de ces cavités et qu'alors la mauvaise odeur qu'elles exhalent incommode principalement les personnes qui entourent le malade et vivent avec lui; que tantôt, au contraire, elles siégent profondément, et alors l'odeur incommode principalement le malade lui-même. Dans l'un et l'autre cas, le permanganate de potasse peut rendre d'immenses services.

Un jeune homme de treize ans, d'une constitution scrofuleuse, était, depuis une quinzaine de jours, ateint d'un coryza ulcéreux. Il avait pendant tout ce temps fait usage, en même temps que d'un traitement général (huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer), de prises de calomel associé à du sucre en poudre, et cependant l'odeur qu'il répandait devenait de jour en jour plus infecte. Le permanganate produisit une amélioration rapide. Le premier jour, le malade fit huit injections; dès le lendemain, l'odeur était déjà moins forte; il continua; au bout de quatre jours, elle avait entièrement disparu. Chez un malade du service de M. Bourdon, le résultat obtenu a été analogue.

Le fait suivant, que nous empruntons à M. Oliffe, est encore très-digne de fixer l'attention :

« J'employai le permanganate de potasse, dit-il, vers la fin de l'année 1861, chez une jeune Anglaise, âgée de quinze ans, élevée dans la pension de Mme L*** à Paris, et qui était atteinte d'un ozène tellement fétide et repoussant, que ses jeunes compagnes ne pouvaient tolérer sa présence dans la salle d'études : dès qu'elle y entrait, l'odeur qui émanait d'elle provoquait chez ses voisines des nausées; une fois même, l'une d'entre elles fut prise de vomissements ; la maladie avait résisté à tous les moyens employés jusqu'alors : la cautérisation, les injections de toute espèce, les purgatifs et les amers à l'intérieur avaient été essayés sans succès.

« Ayant déjà été témoin des propriétés désinfectantes extraordinaires du permanganate de potasse, je me décidai à pratiquer quelques injections avec une solution de ce sel dans les fosses nasales de ma jeune malade. Je fus étonné de l'effet de la première injection, après laquelle toute odeur disparut, pour revenir cependant

au bout d'une demi-heure. Je prescrivis une injection de trois en trois heures, et, à l'expiration d'une huitaine de jours, l'odeur ne se faisant plus sentir, M[lle] X*** put rester dans les classes, fréquenter ses camarades et se livrer à ses occupations en commun avec les autres élèves. Je continuai le traitement pendant quelques semaines, en alternant l'emploi du permanganate de potasse avec le chlorate de potasse à l'intérieur et en injections ; puis je le cessai, et la jeune personne ne se ressentit plus de son mal pendant près de deux mois qu'elle resta à Paris. Depuis, je l'ai perdue de vue (¹). »

IV. *De quelques autres applications du permanganate de potasse.* — Le permanganate de potasse employé pour combattre la fétidité de l'haleine a fourni, entre les mains de M. Oliffe, de très-bons résultats. Les malades en supportent très-bien 15 à 20 centigrammes par jour en solution, et, suivant ce médecin, il serait supérieur au chlorate de potasse. Nous nous sommes plusieurs fois demandé s'il ne serait pas possible de donner au permanganate la forme pharmaceutique de pastilles : son emploi serait ainsi rendu très-facile. Cette question nous semble mériter l'attention des pharmaciens.

On emploie encore le permanganate en lavage contre la fétidité qu'exhale, chez certaines personnes, la transpiration habituelle des pieds. Au dire de M. Sicard, des lavages, deux fois par jour, avec 15 grammes de permanganate liquide et 100 grammes d'eau suffisent pour cacher cette infirmité.

Enfin, disons encore que cet agent est utilisé avec succès par les anatomistes pour enlever la mauvaise odeur inhérente aux mains à la suite des opérations nécroscopiques.

V. *Action du permanganate de potasse sur les liquides morbides.* — Nous reproduisons ici, tout en en discutant la valeur, les idées de M. Sicard et les résultats des expériences qu'il a faites, à la demande de M. Demarquay, sur les réactions qui se passent entre les liquides qui s'écoulent des plaies de toute nature et le permanganate de potasse.

---

(1) Quand on veut employer le permanganate de potasse au traitement de l'ozène, il importe de faire, matin et soir, des injections avec la solution de cet agent à assez faible dose ; mais il importe, avant de pratiquer les injections, de bien nettoyer les fosses nasales avec des injections d'eau tiède faites largement avec une seringue à hydrocèle : c'est après ce lavage que l'on pratique les injections désinfectantes.

La moindre quantité d'une substance organique qu'on ajoute à la dissolution de ce sel dans l'eau, suffit, au dire de l'auteur précité, pour réduire l'acide permanganique. L'hydrate de peroxyde se précipite et la liqueur devient verte ou incolore suivant les circonstances.

Cette réaction chimique suffit à expliquer la désinfection instantanée que l'on observe ; elle rend compte, en outre, de la modification que subissent les plaies qui, ainsi désinfectées, ne se trouvent plus en contact avec des liquides septiques, et prennent un meilleur aspect. Cependant, d'après M. Sicard, le permanganate de potasse agirait en arrêtant la fermentation putride. « J'ai recueilli, dit-il, dans deux flacons, à large ouverture, 100 grammes de pus infect; dans l'un des flacons on a ajouté 50 grammes de permanganate pur : cette quantité a suffi pour enlever complétement la mauvaise odeur. Le mélange de permanganate et de pus se fait sans apparence de coagulation, en agitant avec une baguette. Le liquide prend une teinte acajou foncée. Nous avons constaté que ce mélange, quoique exposé à l'air, à la température ordinaire, n'avait contracté aucune mauvaise odeur. La réaction était alcaline au papier de tournesol, et ne renfermait aucune trace d'ammoniaque. Ce mélange est resté quinze jours dans une stabilité absolue, aucun signe de fermentation n'a eu lieu. Dans cette expérience, l'agitation du mélange a suffi pour faire disparaître, comme nous l'avons dit, la mauvaise odeur, et en même temps pour montrer que le permanganate entre finalement en combinaison et se décolore peu à peu, à mesure qu'il contracte une autre forme chimique. Le second flacon, placé comparativement dans les mêmes circonstances, sans y ajouter de permanganate, avait, au bout de vingt heures, une odeur insupportable et une alcalinité prononcée. Le papier de sous-acétate de plomb décelait la présence de l'acide sulfhydrique. »

Malgré les résultats obtenus dans l'expérience de M. Sicard, nous ne saurions partager entièrement sa manière de voir. Nous ne pensons pas que le permanganate arrête la fermentation putride. Nous avons vu, en effet, M. Demarquay placer un foie dans une solution concentrée de ce médicament, et, trois jours après, cette pièce anatomique présentait une odeur infecte. Nous avons depuis nous-même répété cette expérience sur des intestins, des muscles d'animaux, et jamais nous n'avons pu arrêter la putréfaction, ni l'empêcher de se produire.

Non, ce n'est pas en arrêtant la fermentation putride que le permanganate désinfecte les plaies; c'est en décomposant rapide-

ment les produits de la suppuration, en enlevant à ces liquides leur septicité, et en plaçant ainsi les plaies dans des conditions meilleures. Le permanganate, en un mot, change la qualité de la suppuration qui reste en contact avec la plaie ; celle-ci ne subit plus l'empoisonnement lent qu'elle éprouvait avant l'emploi de cet antiseptique; elle se modifie alors avec la plus grande facilité : *sublatâ causâ, tollitur effectus.*

Dans les nombreuses expériences que nous avons vu faire par M. Demarquay, nous avons souvent constaté ce fait, que le chirurgien de la Maison de santé cherchait à mettre en lumière : que le permanganate de potasse désinfecte rapidement les surfaces suppurantes ou les liquides répandant une mauvaise odeur, mais qu'il n'agit pas sur les masses solides en putréfaction, pas plus que les autres désinfectants. Une manière bien simple de démontrer l'action puissante du permanganate, c'est d'y tremper les mains, comme nous l'avons vu faire souvent à M. Demarquay, pour enlever la mauvaise odeur résultant de diverses autopsies : dans ces cas, la désinfection est instantanée.

On voit, d'après ce que nous venons de dire du permanganate de potasse, l'importance que nous attachons à cet agent thérapeutique. Il nous semble être le meilleur de tous les désinfectants.

On sait, en effet, que les émanations des tissus morbides sont plus spécialement composées de gaz ammoniacaux, carbonés, sulfurés ou phosphorés, et de matières organiques, volatiles, habituellement composées d'oxygène, d'hydrogène, d'azote, de carbone, de soufre et de phosphore. Parmi les désinfectants qu'on leur a successivement opposés, il faut citer principalement les acides, le chlore et les chlorures, les poudres inertes, les huiles pyrogénées, comme le goudron, le coaltar, etc. Mais les acides irritent les tissus et déterminent de la douleur ; on ne peut guère les employer comme topiques, ni comme désinfectants. Le chlore et les chlorures offrent les mêmes inconvénients que les acides ; les poudres inertes, telles que le charbon, le plâtre, les cendres de houille qui absorbent les gaz fétides à mesure qu'ils se forment, ont l'inconvénient de mal désinfecter et de maintenir les plaies en contact avec les produits qu'elles ont sécrétés et dont elles doivent être débarrassées ; de plus, les poudres salissent les objets de pansement. Quant aux huiles pyrogénées, qui, selon les chimistes, arrêtent la fermentation putride, elles ont l'inconvénient d'exhaler elles-mêmes une odeur peu agréable ; elles agissent plutôt en masquant la mauvaise odeur

et en substituant leur odeur propre à celles des plaies infectes. Ce ne sont pas là des désinfectants proprement dits [1].

Telles sont les principales considérations qui se rattachent à l'étude clinique du permanganate de potasse. Nous ne saurions trop engager les médecins à se servir de cet agent thérapeutique dont ils n'auront, nous en sommes convaincu, qu'à se louer dans leur pratique [2].

Qu'il nous soit permis, en terminant, de remercier M. le docteur Demarquay des excellents conseils qu'il nous a donnés et des renseignements qu'il nous a fournis pour la rédaction de ce travail.

Le mode d'application est bien simple, il s'emploie en solution généralement au millième, ou bien encore, comme on le fait à la Maison de santé, on se sert de la préparation suivante :

Eau..................................	1,000 grammes.
Permanganate de potasse................	10 grammes.

Une cuillerée à la fois de cet agent mêlé à une certaine quantité d'eau, suffit généralement à un pansement ou à une injection.

Quand on emploie la poudre composée à parties égales de permanganate de potasse en poudre, de carbonate de chaux et d'amidon, on saupoudre la charpie avec cet agent, et on termine le pansement suivant l'habitude.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du morcellement des grosses pierres dans la cystotomie.

Par M. Civiale, membre de l'Académie impériale de médecine.

L'extraction d'une pierre vésicale dure et volumineuse par le périnée ou par l'hypogastre est une opération généralement grave,

(1) Une application très-heureuse vient d'être faite du permanganate de potasse à la Maison de santé. On sait combien les déjections des cholériques sont souvent infectes. Pour neutraliser l'effet de ces déjections, M. Demarquay fait mettre dans les vases destinés à recevoir ces déjections, une certaine quantité de solution de permanganate; de la sorte les déjections sont désinfectées aussitôt qu'elles sont rendues.

(2) Une des applications les plus importantes du permanganate est celle que M. Demarquay en a faite au traitement du catarrhe purulent de la vessie. Mais cet ordre de faits est trop important pour être exposé ici avec tout le soin désirable.

qui a exercé la sagacité des chirurgiens les plus éminents. Les uns ont cherché à casser la pierre par la percussion ; les autres ont eu l'idée de la faire éclater dans la vessie.

La pratique n'a point consacré ces divers essais.

On a imaginé aussi de modifier les incisions périnéales; mais tout ce qui a été dit en leur faveur ne prouve pas qu'elles détruisent le principal obstacle à la sortie de la pierre; car la grande difficulté existe au col de la vessie. Les succès allégués tiennent à d'autres causes. Ici la gravité est en raison de la disproportion entre le volume de la pierre et le diamètre de la plaie.

Quiconque a opéré ou vu opérer dans ces conditions, se rend aisément compte des tentatives qui ont été faites en vue de faciliter une manœuvre capable de compromettre la vie du malade et la réputation de l'opérateur.

En 1826, j'eus à extraire par la taille bilatérale une pierre énorme, pesant plus de 180 grammes. Le malade succomba.

Ce fut à la suite de cette opération, que je fis construire, en prévision des cas analogues, un fort instrument pour morceler les grosses pierres dans la vessie ([1]).

Cet appareil, construit d'après le trilabe ordinaire, ne servit que pour des expériences. Il ne fut pas appliqué à l'homme. Plus tard j'imaginai d'autres combinaisons qui n'eurent pas plus de succès. Cependant les faits de ce genre se multipliaient. Dans l'espace de quelques années, on en observa douze des plus graves, qui mirent en pleine évidence l'insuffisance des ressources de l'art.

Ce fut à la suite d'une de ces opérations laborieuses, qui eut de funestes conséquences, que je repris mes anciens essais, en suivant toujours la voie tracée par nos maîtres. Mais je ne tardai pas à changer de système.

On s'était borné jusqu'alors à imaginer des instruments spéciaux, autres que les tenettes. Introduits dans la vessie, ils devaient servir uniquement à morceler les calculs. Pour terminer l'opération, on employait d'autres instruments.

Le problème consistait à simplifier la manœuvre en se servant du même instrument, c'est-à-dire de la tenette, pour remplir toutes les indications.

Sans entrer ici dans les détails des expériences préliminaires, je donnerai une idée sommaire du nouveau procédé.

Mon premier appareil, le *casse-pierre,* est de 1827. J'en ai re-

---

([1]) Voyez *De la lithotritie*, 1827, in-8°, p. xxx de l'introduction et pl. V.

produit la figure à côté de celle de l'instrument dont je me sers aujourd'hui ([1]). Ces deux instruments diffèrent peu en apparence, et cependant le premier est resté inapplicable, tandis que l'autre est appliqué avec succès.

Dans les deux, les moyens d'attaquer et morceler la pierre sont identiques, à savoir : le foret simple, le foret à éclatement, le cuivrot, le support coudé et ses accessoires. La différence essentielle est dans la manière de saisir la pierre dans la vessie et de la fixer. C'est sur ce point que s'est portée toute mon attention.

Au trilabe dont je me servais dans mes premiers essais, j'ai substitué la tenette ordinaire, modifiée selon la nécessité.

C'est de cette substitution que date la série de nouvelles recherches dont je présente les résultats à l'Académie.

Par la plaie du périnée, on introduit dans la vessie la nouvelle tenette, avec laquelle la pierre est saisie et fixée.

Si l'extraction n'est pas possible, on adapte aux branches de la tenette, pour opérer le morcellement de la pierre, une griffe conductrice qui permet de rendre immobiles les branches de l'appareil et de porter dans la vessie les forets simple et conique sans léser les organes.

Ces instruments accessoires constituent un appareil distinct, qu'on tient en réserve dans le premier temps de l'opération, et qui, adapté à la tenette, en cas de besoin, est retiré avec facilité, dès qu'il a servi. Cet appareil s'ajuste aux branches de la tenette, sans rien changer à la position do celle-ci, sans déplacer la pierre, et sans inconvénient pour l'opéré. Sous son action, la pierre perforée se désagrége, si elle est friable, et elle éclate, si sa consistance est grande.

Cela fait, l'appareil est enlevé, les branches de la tenette restent libres ; et l'opérateur écrase, par la pression, les fragments placés entre les mors. Il les retire sans changer d'instrument.

Tel est, en substance, le nouveau procédé pour morceler la pierre dans la cystotomie.

Dans les applications de ce procédé, ainsi que dans mes expériences préliminaires, la pratique de la lithotritie m'a été d'un puissant secours.

C'est qu'il y a des rapports frappants entre les deux opérations, savoir : le broiement des calculs par la lithotritie et le morcellement des grosses pierres dans la cystotomie. Dans la première, on brise

---

([1]) Voyez, plus loin, pl. I et II.

le calcul entre la tête du perforateur et les crochets du trilabe ; s'il résiste, on fait des perforations, pour vaincre la résistance.

Dans la seconde, on essaye d'abord d'écraser la pierre entre les mors de la tenette par la compression ; et si elle résiste, on la percute, on la perfore, on la fait éclater, et avec la tenette on écrase les fragments.

Instruments pour la nouvelle opération.

Les figures ci-contre représentent très-exactement les nouveaux instruments. J'y joins quelques observations explicatives.

1° *Tenette modifiée.* — En modifiant la tenette, j'en ai respecté le principe ; j'ai seulement visé à remplir les principales indications.

Dans la pratique ordinaire, une grosse pierre échappe souvent pendant l'extraction. Pour prévenir cet accident, il suffit d'aplatir les mors de la tenette et d'en rapprocher légèrement les extrémités. Dans les cas qui nous occupent, il faut en outre recourber en dedans l'extrémité des mors sous forme de crochets.

Cette disposition existe dans mes trilabes, et son utilité est de toute évidence. Les crochets des mors de la tenette ne s'opposent point à la préhension du calcul et le fixent de manière à le rendre immobile. J'ai morcelé à grands coups de marteau de grosses pierres très-dures, retenues entre les mors d'une tenette de force moyenne. La percussion s'opère parfaitement, et j'en aurais étendu les applications si ce n'étaient les secousses que produisent les coups de marteau.

Les branches de la tenette ordinaire sont trop courtes et trop faibles, les anneaux sont petits. Ainsi construit, l'instrument se déforme ou se rompt dans les cas de grosse pierre, et la main de l'opérateur est meurtrie pendant la manœuvre. La nouvelle tenette ne présente point ces inconvénients.

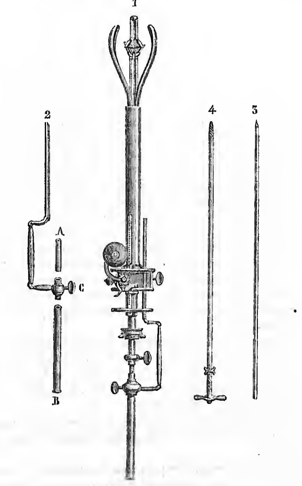
A partir de leur entrecroisement, les branches présentent une légère courbure à concavité supérieure pour les besoins de la manœuvre [1].

Le bouton de jonction supporte une douille mobile, destinée à maintenir les perforateurs dans la direction convenable, pour attaquer la pierre par le centre. Une allonge placée derrière cette douille, protége l'angle supérieur de la plaie. Du bouton aux anneaux, les branches sont aplaties, plus longues et plus fortes que dans la tenette ordinaire. Cette disposition augmente le volume

---

[1] Voyez pl. II.

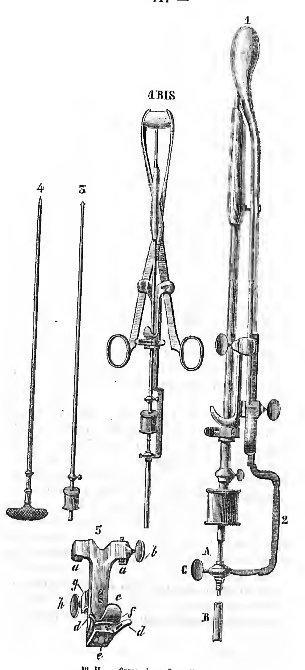
apparent de l'instrument ; mais la partie qui pénètre dans la vessie diffère à peine, par le volume, des tenettes ordinaires. L'augmentation de longueur et de volume de la partie externe, sans gêner la



Pl. I. — Casse-pierre, 1er modèle.

manœuvre, permet à l'opérateur d'exercer une vigoureuse pression, sans forcer les branches et sans se meurtir les doigts.

L'indroduction des tenettes dans la plaie est généralement facile. On se sert d'un gorgeret à large gouttière ; et quelquefois on s'en passe sans inconvénient. Les tenettes les plus petites, celles qui



Pl. II. — Casse-pierre, 2e modèle.

servent pour les enfants, pénètrent sans effort. Mais dans ces cas il importe de manœuvrer avec précaution pour saisir la pierre. Si on la serrait brusquement, elle roulerait et les branches pourraient chevaucher.

Les tenettes à mors allongés et à crochets sont spécialement réservées pour les grosses pierres. Cependant il est difficile de les saisir quand elles sont d'un volume énorme ; il faut alors employer les tenettes dont les branches sont séparables comme celles des forceps pour les accouchements. Quelle que soit d'ailleurs la force des mors, la partie externe ne change pas. Les branches extérieures seront longues et larges, de façon que la même griffe puisse les serrer et les maintenir.

2° *Appareil pour morceler la pierre.* — La pièce principale de cet appareil est la griffe conductrice [1]. C'est au moyen des crochets latéraux de la griffe et de la vis de pression que les mors de la tenette sont fixés sur la pierre, de manière à prévenir tout déplacement.

Elle se décompose ainsi : une tige plate, médiane, qui s'appelle porte-griffe, dont l'extrémité postérieure, recourbée en haut, fournit un point d'appui à l'opérateur pour tirer sur la griffe. Les branches de celle-ci ont la forme d'un T, et à ses extrémités sont deux crochets qui s'appliquent sur le côté externe des branches, pour les rapprocher et les fixer au moyen d'une vis. Dans les cas de très-grosses pierres dures, je me sers d'une griffe double avec deux vis de pression.

A l'extrémité coudée de la tige porte-griffe, se trouve une ouverture arrondie, c'est-à-dire la première douille, semblable à la seconde douille placée sur le bouton de jonction des branches de la tenette, et destinée au passage des forets ; et un écrou brisé qui reste muet, comme dans le lithoclaste ordinaire, tant que son action est inutile, et qui fonctionne pour faire éclater la pierre.

A la face inférieure de la tige porte-griffe est une ouverture carrée ou collier pour recevoir et fixer au moyen d'une vis la tige du support coudé ou tour-en-l'air, lorsqu'il est utile de pratiquer une perforation préalable. A ce support sont adaptés une broche, un poussoir et une vis de pression qui en règle l'action ; un foret simple avec sa poulie ou cuivrot ; un autre foret à manche, à vis conique et à tige taraudée du côté du manche. On fixe la pierre en tirant sur la griffe conductrice qui rapproche les branches. Quand

---

[1] Voyez pl. II, fig. 5.

la main ne suffit pas, on a recours à un pignon ou à une vis de rappel dont la tige s'applique sur la deuxième douille, et qui fonctionne à l'aide de l'écrou brisé. Ce puissant moteur fait avancer sans le moindre effort la griffe sur les branches.

L'archet est un moteur qui doit être préféré dans certaines circonstances. Nous en dirons un mot plus loin.

Quand la main du chirurgien ne suffit pas pour rapprocher les branches de la tenette et fixer la pierre, en tirant sur la griffe, il faut se servir du pignon ou de la vis de rappel, qui s'applique contre la deuxième douille. La partie taraudée de cette vis, d'une longueur de quatre à cinq centimètres, fonctionne au moyen de l'écrou brisé. Cet appareil a une telle puissance, que si l'on n'en usait pas avec mesure, les tenettes pourraient fléchir ou se rompre.

Le pignon ne présente rien de particulier. C'est le même dont on se sert pour la lithotritie. Il s'engrène dans la douille qu'on remarque sur le crochet de la branche droite de la griffe double, avec la surface cannelée de la branche correspondante de la tenette.

Le pignon agit de manière à rapprocher de la branche opposée de la tenette le corps de la griffe, qui doit être ramené vers le milieu de l'appareil, entre les deux branches, avant de serrer la deuxième vis de pression. Je n'ai employé le pignon qu'avec la griffe double.

Cette griffe, dont on voit ici la figure, est applicable dans les cas particuliers de grosse pierre, lorsqu'il faut agir avec une grande puissance. Quand la griffe est double, il y a deux vis de pression.

Un mot d'explication au sujet de la figure représentant le foret simple. Il faut savoir, avant tout, que du côté de la pointe, dans une étendue de 8 centimètres, la tige est beaucoup plus mince; la perforation de la pierre en devient plus facile et plus prompte; elle est toujours suffisante pour assurer l'action du foret conique.

Comme l'archet est un instrument usuel dans les arts, je me suis dispensé d'en reproduire la figure. Notons seulement l'imperfection de l'archet brisé qu'on trouve dans les boîtes d'instruments de chirurgie. Il fonctionne difficilement; il vaut mieux se servir d'un fleuret, dont la pointe sera munie d'un crochet, et le manche d'un anneau. Cet archet peut être placé dans une canne.

Sur la tige du foret, du côté du manche ou du cuivrot, sont disposés des moyens d'arrêt qui empêchent la pointe de l'instrument de léser la vessie.

Il ne sera pas inutile de faire observer au praticien qu'il s'agit

ici d'instruments de précision, dont la fabrication exige les soins les plus minutieux.

3° *Application de la méthode.* — Toute amélioration se produit lentement. Il faut considérer comme très-incomplet ce qui a été publié au sujet de cette opération par de jeunes chirurgiens impatients et indiscrets. L'application du brise-pierre au morcellement ou à la perforation de la pierre constitue deux manœuvres distinctes.

1° Dans l'une, qui est parfaitement réglée, le chirurgien dirige de l'œil les mouvements qu'il exécute pour attaquer le calcul. Elle se résume ainsi : placer la griffe sur les branches, serrer et fixer celles-ci avec la main, et, au besoin, avec une vis de rappel ; placer la tige porte-griffe au milieu de l'espace compris entre les branches ; introduire les forets ; fixer le support, si l'on emploie l'archet; faire fonctionner l'écrou brisé, si l'on se sert du foret à poignée, retirer les forets, enlever la griffe. L'opérateur fait tout cela avec précision, pourvu que des essais préalables l'aient mis au courant du mécanisme de l'appareil et de l'ensemble de la manœuvre cystotomique.

2° La manœuvre qui consiste à saisir la pierre pour la morceler est bien différente.

En introduisant par la plaie une tenette dans la cavité vésicale, le chirurgien ne connaît exactement ni le volume, ni la configuration de la pierre, ni la disposition des parois de la vessie. On ne se met guère en peine d'acquérir ces notions dans la pratique ordinaire. De là tant de méprises graves, de là les tailles doubles, qui ne sont pas rares, et des procédés de cystotomie insuffisants.

Ce n'est pas tout de saisir la pierre, il faut savoir comment elle est placée entre les mors, si elle peut être fixée et quel est son volume réel.

Dans la pratique ordinaire de la cystotomie, c'est par l'écartement des branches qu'on juge du volume de la pierre saisie. Mais la pierre peut être embrassée par le talon de l'instrument, et, dans ce cas, elle paraît beaucoup plus grosse qu'elle n'est en réalité. Les plus habiles y sont trompés : on retire quelquefois, après de grands efforts, un petit calcul engagé entre les branches de la tenette, près du bouton.

Dans le nouvel appareil, une tige cylindrique et la pointe du foret servent à repousser la pierre vers les crochets des mors et à la placer de telle sorte qu'elle puisse être fixée solidement. C'est par les mêmes moyens qu'on retourne la pierre lorsqu'on veut renouveler les perforations. Après avoir adapté la griffe à la tenette pour

avoir les mains libres, l'opérateur saisit avec la gauche les branches et la griffe, et avec la droite il pousse la tige jusqu'à la pierre et fait effort pour la chasser; il a, au besoin, recours à la percussion.

Quand la pierre est mal placée, on se sert, pour la retourner, d'un perforateur simple, à tige mince dans toute sa longueur, jouant librement dans la douille, de façon que l'extrémité puisse être portée loin du centre et faire rouler la pierre entre les mors de la tenette, légèrement écartés.

Pour introduire la tenette, l'opérateur place un gorgeret mousse à large gouttière à l'angle supérieur de la plaie. Cette précaution est de rigueur, quand on se sert d'une forte tenette.

3° Le morcellement peut s'effectuer par deux procédés :

Premier procédé. — Quand la pierre a une configuration régulière et une consistance moyenne, on l'attaque directement par le foret conique. L'opérateur a les mains libres. De la gauche il tient la griffe et les branches; de la droite il saisit le foret conique et l'introduit jusqu'à la pierre. Il imprime alors au perforateur des mouvements gradués de rotation, jusqu'à ce qu'il ait pénétré à une certaine profondeur. La perforation s'achève au moyen de l'écrou brisé. On agit sur le foret par saccades et non en tournant d'un mouvement continu.

A peine la pointe a-t-elle pénétré à la profondeur de 1 centimètre, que des éclats se détachent. Quand on ne trouve plus de résistance, le foret est retiré, la griffe enlevée; l'opérateur exerce ensuite une forte pression avec les tenettes. Les branches étant assez rapprochées, il retire l'instrument chargé d'une masse de détritus ou d'éclats, suivant la consistance de la pierre. L'extraction se fait avec les mêmes tenettes dont on se sert aussi pour briser les gros fragments.

Deuxième procédé. — Il y a des pierres qui ne sont friables qu'à la surface. La perforation se ralentit après les premières couches, et le foret ne peut pénétrer plus avant que par une forte pression. Dans ces cas on suspend l'action du foret conique, qui est remplacé par le foret simple, et l'on pratique, à l'aide de l'archet, une perforation pour frayer la voie au foret conique dont la déviation n'est plus à craindre, si forte que soit la pression. Ce procédé est préférable. Je l'ai appliqué avec succès à de nombreux malades.

La plaie, pendant la manœuvre, est protégée par le prolongement de la douille en arrière. Ainsi maintenus, les tissus ne peuvent s'interposer entre les branches de l'instrument.

Tous les malades que j'ai opérés par le nouveau procédé, hormis un enfant et un adulte, avaient des calculs trop volumineux pour franchir la plaie périnéale sans occasionner de graves désordres.

Dans aucun cas je n'ai observé ces réactions formidables qui suivent trop souvent l'extraction laborieuse de la pierre.

Sur 18 opérés, j'en ai perdu 4, et j'en ai guéri 14.

La convalescence a marché vite et régulièrement. Dans 8 cas des plus favorables, l'urine a repris son cours par l'urèthre, du onzième au seizième jour. Dans 3 cas seulement, l'urine a continué de s'écouler par la plaie au delà du trentième jour. Dans tous les cas, la plaie s'est fermée.

J'attribue ces heureux résultats au peu d'étendue de l'incision médio-bilatérale, à l'absence de toute manœuvre violente pour l'extraction de la pierre, et aux précautions que je prends toujours pour que la plaie ne soit pas en contact avec l'urine.

Voilà des faits acquis à la pratique, qui fournissent les éléments d'une méthode rationnelle, régulière, applicable à un grand nombre de cas.

Sans doute il faut des observations en plus grand nombre pour élucider complétement la question complexe du morcellement des grosses pierres dans la vessie. En attendant, mon expérience personnelle m'autorise à penser dès à présent que ce nouveau procédé opératoire rendra d'utiles services.

Il n'est pas certes exempt de difficultés; peut-être est-il inapplicable dans quelques cas exceptionnels. Mais il offre une précieuse ressource, dans les cas graves, où tous les autres moyens font défaut.

Il n'est point de cystotomiste exercé qui ne puisse s'en servir avec avantage. Il suffit de se familiariser avec la manœuvre. J'en parle par expérience, ayant surmonté par l'exercice les difficultés qui m'avaient arrêté dans mes premières tentatives, lorsque je procédais à tâtons et sans règles fixes.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur les gouttes noires anglaises.

Par M. Deschamps, pharmacien de la maison impériale de Charenton.

Les lecteurs du *Bulletin général de thérapeutique* se rappellent sans doute que M. Mayet a proposé une formule pour préparer des gouttes noires semblables à celles qui se vendent en Angleterre;

que nous avons fait remarquer, qu'il est impossible d'atteindre le but désiré en suivant le *modus faciendi* décrit par ce savant pharmacien; que nous en avons proposé un autre, qui nous paraît de nature à mieux imiter ce remède secret; et que nous nous sommes engagé à étudier cette préparation.

Nous allons faire connaître aujourd'hui, non pas le résultat définitif de nos recherches, mais une partie de nos expériences; car elles sont importantes au point de vue de la thérapeutique. Ce retard ne paraîtra pas extraordinaire aux personnes qui sont habituées à faire des expériences avec des matières aussi complexes.

Nous avons commencé par exposer, à l'évaporation spontanée, des mélanges d'eau, d'acide pyroligneux, de sucre et de levûre de bière, afin de choisir la proportion d'acide et d'eau la plus convenable. Ces expériences étaient nécessaires pour connaître l'influence que le vinaigre peut exercer sur les matières fermentescibles, etc. Nous n'ignorions pas que l'acide devait se combiner en grande partie avec quelques principes de l'opium, et dissoudre des matières insolubles, qui devaient se précipiter en grande partie pendant la concentration du liquide.

Nous avons employé les proportions suivantes d'acide et d'eau : 1 partie d'acide et 7 d'eau, 1 et 8, 1 et 9, 1 et 10, 1 et 11, 1 et 14. La proportion 1 : 14 ne convient pas; les matières organiques s'altèrent un peu pendant l'évaporation; mais il est possible de choisir entre les autres. Nous avons préféré la proportion 1 : 9, comme présentant des avantages sur les proportions inférieures; comme contenant moins d'acide que celles qui précèdent, et parce que le liquide acide devait dissoudre moins de matières inutiles, et permettre aux phénomènes secondaires de se manifester plus aisément que si on employait les proportions 1 : 7, 1 : 8. La proportion 1 : 7 est celle que nous avons proposée, il y a longtemps, pour préparer les vinaigres médicamenteux; celle de 1 : 8 est celle que nous avons adoptée avant de faire aucune expérience.

Les capsules qui contenaient les mélanges indiqués furent exposées, après avoir été recouvertes d'une feuille de papier, à la température ambiante. Nous n'avons remarqué, pendant l'évaporation spontanée, aucun phénomène appréciable à la vue. Seulement, nous avons reconnu que le sucre se modifiait, et réduisait l'oxyde de cuivre du réactif de Fehling; que la plus grande partie de l'acide se volatilisait; et qu'on obtenait pour résidu une matière brunâtre qui n'avait aucune odeur acétique, mais qui contenait de l'alcool, de l'acide acétique, et un principe aromatique particulier qui s'était

formé pendant la fermentation, et qui masquait en partie les propriétés organoleptiques de l'alcool, de l'acide et de l'éther acétique, que l'on pouvait préparer avec ce résidu.

Après ces expériences, qui nous parurent de nature à nous servir de guide, nous fîmes deux macérations avec les substances que nous avions indiquées dans notre première note, c'est-à-dire, avec opium brut sec et râpé, 100 grammes; muscades, 20 grammes; safran, 10 grammes; sucre, 50 grammes; levûre de bière, 20 grammes; acide pyroligneux de 1,060 de densité, 60 grammes, et eau, 540 grammes. Nous exposâmes ces macérés à l'évaporation spontanée, jusqu'à ce que nous ayons obtenu un extrait consistant. Il ne répandait aucune odeur acétique.

Quand on fait dissoudre cet extrait dans un litre d'eau distillée, il se dépose un précipité pulvérulent, dont la plus grande partie se solidifie sous la forme d'une matière résineuse. Si, au contraire, on laisse la matière extractive dans la capsule pendant plusieurs mois, le précipité qui se sépare, lorsqu'on dissout l'extrait, est en grande partie sous la forme de petits grains; mais la nature du précipité n'est nullement changée. Tous ceux qui se déposent ne contiennent que de la narcotine; il n'y a pas trace de morphine. C'était un fait qu'il était important de constater.

D'après ces résultats, le *modus faciendi* que nous avons proposé doit être modifié de la manière suivante :

Pesez 40 grammes d'acide pyroligneux de 1,060 de densité et 360 grammes d'eau dans un ballon, ajoutez les substances prescrites et laissez macérer pendant dix jours. Passez, exprimez et faites encore deux macérations, l'une avec 20 grammes d'acide et 180 grammes d'eau, et l'autre avec 15 grammes d'acide et 135 grammes d'eau. C'est dire qu'il faut employer 750 grammes d'eau acidulée pour épuiser l'opium. Alors, laissez évaporer spontanément le liquide chargé des principes solubles des agents thérapeutiques qui composent les gouttes noires, jusqu'à consistance d'extrait bien consistant. Dissolvez l'extrait dans un litre et demi d'eau, laissez déposer au moins pendant 24 heures, filtrez, concentrez au bain d'eau pour obtenir 350 grammes de liquide, et laissez évaporer spontanément jusqu'à consistance d'extrait. Dissolvez de nouveau cet extrait dans de l'eau, filtrez et lavez les parties insolubles pour avoir 200 grammes de soluté. Si on obtenait plus de 200 grammes de gouttes noires, il faudrait placer le vase dans un endroit chaud jusqu'à ce qu'il ne contînt plus que 200 grammes de liquide.

Les précipités qui se sont déposés pendant la préparation de nos gouttes noires prouvent, *a fortiori*, que le même phénomène doit avoir lieu dans les gouttes noires de M. Mayet. C'est ce que nous avons constaté chez un collègue qui avait des gouttes noires de ce pharmacien ; mais nous ne connaissons pas la composition du précipité, qui modifie nécessairement le dosage de cette préparation.

Dans tous les cas, les gouttes noires de M. Mayet ne ressemblent point aux nôtres, et les principes opiacés qu'elles contiennent n'ont subi aucune modification. Elles agissent comme tous les opiacés. C'est un fait sur lequel aucune contestation ne peut être soulevée; car elles déterminent des pincements d'estomac, des nausées, des vertiges, des vomissements, comme toutes les autres préparations d'opium. Ces phénomènes on été constatés par les expériences de Debout. Nous avons reconnu ensemble que le safran et les muscades ne modifient nullement les propriétés de l'opium, et il n'est pas possible d'admettre que l'acide acétique jouisse de cette propriété, puisque l'acétate de morphine provoque ces réactions physiologiques, aussi bien que les autres opiacés.

Lorsque nos gouttes noires furent achevées, et à l'instant où nous allions commencer nos analyses, nous doutâmes que les principes constituants que nous avions employés, sur la recommandation des auteurs de plusieurs formules, et sur celle de notre confrère M. Mayet, fussent réellement celles qui avaient été choisies par l'auteur de ce médicament. Notre doute était d'autant plus grand que les gouttes noires qui se vendent chez les pharmaciens ne ressemblent ni aux nôtres ni à celles de M. Mayet. Alors, nous eûmes l'idée, un peu tard, il est vrai, d'aller chez notre confrère M. Roberts, qui passe pour avoir le dépôt de la véritable préparation anglaise, et de le prier de nous la faire sentir et goûter, ce qu'il fit avec une grande complaisance. Ajoutons bien vite qu'il eut l'obligeance de nous offrir un petit flacon des gouttes noires pour les étudier. Aussi, nous le prions d'agréer nos sincères remercîments.

L'étude préparatoire de ces gouttes noires nous prouva qu'elles ne ressemblent à aucune préparation qui porte ce nom, ni à celles que l'on peut faire avec les formules qui ont été publiées. Elles ne répandent qu'une légère odeur de safran, qui permet de penser que les formules connues en renferment quatre fois plus. On distingue aussi une odeur de mélasse, odeur qui fait supposer qu'on a employé du miel au lieu de sucre, puis enfin une odeur assez caractérisée de vin de Madère ou de Malaga. Mais le point le plus essentiel et le plus remarquable, c'est que, pour nous, elles n'ont point

été préparées avec de l'opium brut. Si on en laisse tomber quelques gouttes sur une plaque de verre, et si on abandonne le tout au contact de l'air, le résidu est transparent et ne se dessèche pas, les autres gouttes noires laissent un extrait presque noir, opaque et solide, etc.

Il ressort des faits que nous venons d'exposer, que personne ne connaît encore la composition des gouttes noires anglaises; que celles de M. Mayet ne peuvent en aucune manière leur être substituées, et que nous devons recommencer nos recherches, et étudier d'autres préparations venant de Londres, afin de savoir si elles ont de l'analogie avec celles de M. Roberts.

Nous ferons connaître, dans une autre note, le résultat des analyses de nos gouttes noires, qui sera, nous le pensons, assez intéressant.

Enfin, nous dirons, en terminant, que nous ne voyons pas l'utilité de placer au rang des agents thérapeutiques des préparations aussi concentrées. En effet, que veut-on ? calmer les malades le plus sûrement et le plus avantageusement possible. Eh bien ! est-ce qu'on n'y parviendrait pas aussi bien, si les gouttes noires n'étaient pas aussi concentrées ; si, au lieu de représenter 50 centigrammes d'opium brut par gramme, elles n'en renfermaient que 10 centigrammes ?

D'ailleurs, tout le monde sait combien les accidents sont nombreux avec le laudanum, et tous les praticiens doivent comprendre que si les gouttes noires étaient aussi souvent prescrites que ce médicament, les empoisonnements que nous aurions à enregistrer seraient d'autant plus dangereux, que ces gouttes auraient plus de concentration (1).

---

(1) Nous sommes incompétents pour juger la question au point de vue pharmaceutique. Mais il résulte des faits publiés par M. le professeur Monneret et de ceux que nous avons observés, que les gouttes noires (formule de M. Mayet) n'agissent pas de la même façon que le laudanum. Les gouttes noires trouvent leur indication dans les cas où il faut soumettre les malades à l'usage prolongé des opiacés à haute dose, et elles sont parfaitement tolérées, à condition qu'on les administre au moment du repas.

(*Note de la Rédaction.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur le traitement du rhumatisme et de la pleurésie.

Je réunis, non sans motifs, dans une même note, le traitement du rhumatisme et celui de la pleurésie. C'est dans ces deux maladies surtout que j'ai employé un médicament peu connu : l'*alcoolature de racine de bryone*.

Le rhumatisme et la pleurésie ont parfois une durée vraiment désespérante. Le traitement que je mets en usage, sans être parfait, m'a cependant donné des résultats remarquables et a presque toujours notablement abrégé les souffrances des malades ; voilà pourquoi je crois devoir le signaler. Je me bornerai à exposer brièvement ce que j'ai vu, me plaçant à un point de vue exclusivement pratique.

Rhumatisme articulaire aigu. — J'en suis arrivé à rejeter d'une manière absolue l'emploi des émissions sanguines, qui m'ont toujours paru, quoi qu'on en ait dit, préjudiciables aux malades et propres à favoriser les jetées rhumatismales sur le cœur. L'inflammation cardiaque étant ce qu'il y a de plus redoutable dans le rhumatisme, je ne crois pas devoir affaiblir par des émissions sanguines générales l'organe central de la circulation. Quant aux déplétions sanguines locales, elles sont sans utilité la plupart du temps. L'alcoolature d'aconit, au début, peut remplir toutes les indications tirées de la réaction violente de l'organisme. Je commence donc ordinairement par administrer l'alcoolature d'aconit : 1 ou 2 grammes dans 125 grammes d'eau sucrée par cuillerée. Je continue deux ou trois jours. Toutefois, s'il y avait embarras gastrique avec nausées, envies de vomir, etc., un vomitif au début serait parfaitement indiqué, surtout l'émétique en lavage.

Dès que, par un vomitif et l'aconit, j'ai obvié à l'embarras gastrique et détruit l'état de phlogose exagérée qui signale souvent le début de la fièvre, l'affection rhumatismale étant dans toute son acuïté, j'arrive promptement à l'alcoolature de racine de bryone. La préparation de cette alcoolature est des plus simples : racine de *bryonia alba* fraîche et cueillie avant la floraison, 1,000 grammes ; alcool à 90 degrés (36 degrés Cartier), 1,000 grammes. Réduire la racine en pulpe, la faire macérer quinze jours dans l'alcool, exprimer à la presse et filtrer.

L'alcoolature de bryone est une préparation que j'emploie depuis

sept à huit ans, et qui m'a rendu les meilleurs services. Elle m'a paru indiquée d'une manière générale dans toutes les inflammations aiguës de provenance rhumatismale ou catarrhale, que ces inflammations affectent les séreuses, les muqueuses ou les tissus blancs. Dans le rhumatisme, surtout articulaire, elle a une action presque constante et une efficacité positive. Je la donne ordinairement à la dose de 4 grammes dans 125 grammes d'eau sucrée, à prendre par cuillerée dans les vingt-quatre heures.

A cette dose, qu'on pourrait élever sans inconvénient, l'alcoolature de bryone ne procure aucune espèce d'évacuation; elle amène seulement la sédation des douleurs, une détente générale et la diminution de la fièvre. Je la continue ordinairement quatre ou cinq jours et même plus, tant que j'en obtiens un effet favorable.

Mais il arrive bientôt un moment où la maladie reste stationnaire; elle est moins aiguë, les douleurs ont perdu de leur intensité, la tuméfaction articulaire existe à un moindre degré, et, surtout, la fièvre n'est pas aussi continue. Elle présente de légères rémissions le matin, et il y a même quelquefois un peu de sueur. C'est le moment d'arriver au quinquina.

Je dis au quinquina, parce que je l'ai substitué à l'emploi du sulfate de quinine. Sans vouloir discuter si ce qu'on a décrit sous le nom de *rhumatisme cérébral* est un empoisonnement quinique, ou si le sulfate de quinine, par l'excitation cérébrale, qui est un de ses effets constants, ne fait que favoriser la métastase rhumatismale sur les membranes du cerveau; j'ai vu si souvent, pendant l'administration du sulfate de quinine à haute dose, survenir des accidents cérébraux mortels, que je le remplace par le quinquina en poudre. Le quinquina est exempt de tout danger, et je le trouve même bien plus efficace que le sulfate de quinine.

J'ai été conduit à le mettre en usage par les observations de *John Haygarth* (Voir *Annales de Kluyskens*, 1807). Le docteur Haygarth préconisait le quinquina dans le rhumatisme fébrile, toutefois après l'emploi de la saignée et la période de grande acuïté terminée. Il s'appuyait sur un tableau de 168 malades observés en quarante ans. Il tenait cette pratique du docteur Fothergill, qui rhumatisant lui-même, avait été saigné à outrance sans grand succès, ce qui lui avait laissé une grande méfiance touchant l'emploi de cette méthode. Alors sir Edward Hulse, fameux praticien de Londres, lui avait appris à manier le quinquina, et il s'en trouvait si bien, qu'il ne cessait de le préconiser. Cette pratique avait déjà été signalée par Morton, à la fin du dix-septième siècle.

Quant au mode d'administration, le docteur Haygarth donnait le quinquina en poudre, à la dose de 0gr,50 à 1gr,50, répétée douze fois en vingt-quatre heures; mais, le plus souvent, trois à six fois seulement. Il donnait la poudre délayée dans de la décoction de quinquina.

Mais ce qui avait le plus attiré mon attention sur le quinquina, c'est un mémoire intitulé : *Observations sur l'efficacité de l'usage du quinquina dans le traitement de la goutte*, par Francisco de Tavares, premier médecin de la reine de Portugal (Voir *Annales de Kluyskens*, 1806).

Dans ce mémoire, le docteur de Tavares raconte que le professeur Lemos, de l'Université de Coïmbre, fut une fois appelé près d'un religieux de l'ordre de Citeaux, qui souffrait tellement d'un accès de goutte, qu'il demandait à grands cris qu'on le soulageât ou qu'on lui coupât la jambe. Le professeur Lemos conseilla un régime expectant. Le lendemain, il fut tout surpris de trouver son malade sur pied et marchant avec une béquille. Un chirurgien de village avait promis au patient de le soulager. Pour cela, après une forte purgation, il lui avait administré 4 grammes de quinquina en poudre toutes les heures, de sorte qu'il en avait absorbé 60 grammes dans les vingt-quatre heures. Le même traitement, essayé par le professeur Lemos, lui réussit à plusieurs reprises, et il fit part de ce succès au professeur de Tavares, qui était horriblement tourmenté par de fréquents accès de goutte. Au premier accès qui survint, le docteur de Tavares, après un purgatif, absorba 72 grammes de quinquina, et fut soulagé. Une autre fois, prenant le quinquina dès le début de son accès, 12 grammes lui suffirent pour l'arrêter. Depuis il employa ce moyen, avec un succès constant, sur lui et sur d'autres malades, et il recommandait beaucoup cette pratique.

L'analogie du rhumatisme et de la goutte aiguë, et les observations de John Haygarth m'ont donc amené à employer le quinquina en poudre à haute dose dans le rhumatisme, et le succès a confirmé ce que j'en attendais. Son indication gît expressément dans l'état de rémission plus ou moins marquée de la fièvre. S'il y a un peu de sueur le matin, c'est encore mieux. Il faut que la langue ne soit pas sèche, mais large et humide; un peu de diarrhée ne le contre-indique pas. Il faut faire précéder le quinquina par l'alcoolature d'aconit, et surtout par l'alcoolature de bryone. Cependant je l'ai administré dans des états très-aigus et toujours sans inconvénient. Je donne ordinairement 4 grammes de quinquina en poudre toutes les

trois heures. On délaye cette dose dans une infusion quelconque ou de l'eau sucrée, et on avale le tout. Habituellement je me borne à 12, 16 ou 20 grammes dans les vingt-quatre heures, et cette dose suffit presque toujours. Le plus souvent, au bout de deux ou trois jours, on a obtenu un effet hyposthénisant des plus marqués : la fièvre est presque éteinte, le pouls a perdu 15 ou 20 pulsations et même plus, la chaleur fébrile a diminué, les douleurs sont bien apaisées; en un mot, il y a une sédation considérable et une amélioration positive.

Malheureusement il est presque impossible d'obtenir d'un malade qu'il continue le quinquina plus de trois à quatre jours, et l'on est obligé de le cesser avant la guérison complète.

On peut alors, si l'état est tout à fait subaigu, qu'il y ait peu d'irritation générale, essayer l'arnica. (Fleurs d'arnica, 4 grammes; faites bouillir dans eau, 125 grammes; passez et ajoutez : sirop d'écorces d'oranges amères, 30 grammes, à prendre par cuillerée dans les vingt-quatre heures.) Si la fièvre se rallume, ce qui arrive souvent, il faudrait revenir à l'alcoolature d'aconit, à l'alcoolature de bryone, au quinquina, ou bien donner le calomel, le colchique...

Tout cela dépend, en grande partie, de la constitution médicale. Tel médicament guérit une année et ne réussit plus l'année suivante. Il faut nécessairement procéder par tâtonnements, jusqu'à ce qu'on soit bien au courant de la constitution régnante. L'important est qu'on ait à sa disposition un certain nombre de moyens positifs à opposer à la fièvre rhumatismale, et je ne saurais trop conseiller l'essai de l'alcoolature de racine de bryone et du quinquina en poudre à haute dose. Ce que j'ai dit s'applique seulement au rhumatisme aigu. L'état chronique réclame une autre série de moyens, parmi lesquels, cependant, l'arnica n'est pas à dédaigner.

Pleurésie. — La pleurésie est encore une de ces maladies, à durée interminable, contre laquelle on ne saurait disposer de trop de ressources. Voici le traitement qui me paraît le plus actif :

Je crois la saignée générale inutile. Il ne faut pas soustraire une grande quantité de sang, ce qui pourrait favoriser la production de l'épanchement. Les sangsues *loco dolenti*, quelquefois utiles, sont cependant bien moins efficaces que les ventouses scarifiées, qui, avec avec une déperdition de sang modérée, ont l'avantage de produire une révulsion des plus favorables. J'ai vu des pleurésies arrêtées complétement et guéries dès leur début par des ventouses sca-

rifiées et de la bryone. Je crois donc que les ventouses scarifiées sont le premier moyen à mettre en usage. On pourra donner simultanément l'alcoolature d'aconit en cas de fièvre très-violente. Mais, dans les pleurésies, il faut tout mettre en œuvre pour empêcher, ou du moins modérer l'exsudation plastique ; et, pour cela, le moyen le plus puissant peut-être, c'est l'alcoolature de racine de bryone, qu'il faut administrer sans délai. La pleurésie est quelquefois d'un diagnostic difficile au début. Dans l'incertitude, on perd souvent un temps précieux, et le mal est irréparable. Dans un cas douteux, l'alcoolature de bryone n'ayant pas le moindre inconvénient et convenant, d'ailleurs, presque aussi bien contre le rhumatisme des parois de la poitrine et contre les inflammations des bronches et même du poumon que contre celles de la plèvre, on a l'avantage d'avoir à sa disposition un moyen suffisamment actif, qui permet d'attendre un diagnostic précis.

Quoi qu'il en soit, l'alcoolature de bryone doit être administrée, dans la pleurésie, le plus tôt possible, sans hésitation et avec confiance. Il faut en continuer l'usage plusieurs jours, à la dose de 4 ou 5 grammes dans 125 grammes d'eau, par cuillerées dans les vingt-quatre heures. On arrêtera souvent des pleurésies qui débutaient d'une manière inquiétante. Cependant on ne réussit pas toujours, soit qu'on soit appelé trop tard, soit par suite de diverses autres circonstances. S'il s'est fait une exsudation plastique plus ou moins considérable et un épanchement, l'alcoolature de bryone peut encore rendre des services, et il est bon de la donner pendant huit à dix jours. On pourrait alterner avec quelques doses d'aconit si la fièvre était très-violente.

Dès que la réaction fébrile est bien modérée, qu'elle ne consiste plus qu'en une espèce de fièvre hectique, avec sueur plus ou moins considérable la nuit ou le matin, un médicament qui rend de véritables services, c'est l'arnica. J'en ai trouvé l'indication dans un travail du docteur *Hanner* (de Munich), analysé par l'*Union médicale* (mars 1856). Il cite trois observations d'épanchements séreux guéris par l'arnica.

Depuis cette époque, j'ai employé l'arnica dans toutes les pleurésies avec épanchement, dans l'état subaigu toutefois et après l'usage de l'aconit et surtout de l'alcoolature de bryone suffisamment prolongé. J'ai obtenu la résolution d'épanchements considérables plus rapidement que je n'aurais osé l'espérer. Je donne ordinairement 4 grammes de fleurs d'arnica en décoction dans 150 grammes d'eau. Je préfère la décoction à l'infusion, suivant la

pratique de Stoll. Quant à la dose do fleurs, elle a été portée à 30 et 60 grammes, et même plus; mais je me suis toujours tenu à 4 grammes, dose suffisante, que j'ai même été obligé quelquefois de diminuer, et qui permet d'éviter la cardialgie et les vomissements. On continue la décoction d'arnica huit ou quinze jours, et l'emploi du lait termine souvent la cure.

Je n'ai pas mentionné les vésicatoires, si généralement usités dans cette maladie. Je les ai presque toujours vus, appliqués *loco dolenti*, avoir un effet défavorable, favoriser et précipiter l'épanchement. Je préfère, dans l'état aigu, me borner à quelques révulsifs sur les membres inférieurs. Dans l'état subaigu et chronique, des escarres sur le côté malade, dont on entretient la suppuration jusqu'à guérison, me paraissent donner de meilleurs résultats que les vésicatoires.

J'ai voulu exposer rapidement le traitement que j'emploie contre le rhumatisme et la pleurésie, dans le but surtout d'attirer l'attention sur l'alcoolature de racine de bryone, médicament qui me paraît avoir des indications aussi nombreuses et être aussi indispensables que l'alcoolature d'aconit.

D'une manière générale, l'alcoolature d'aconit paraît convenir dans le mode phlogistique pur, la vraie inflammation, mais superficielle, peu étendue en profondeur et n'atteignant pas le parenchyme. Elle trouve son indication au début d'un grand nombre de maladies.

L'alcoolature de bryone paraît plus spécialement indiquée dans l'inflammation des muqueuses, des séreuses et des tissus fibreux d'origine catarrhale ou rhumatismale, à l'état le plus aigu. On voit que sa sphère d'action peut être considérable, et chaque praticien en trouvera facilement les applications. Je me bornerai à signaler les bronchites aiguës, la grippe et beaucoup de toux dans lesquelles l'alcoolature de bryone, surtout administrée après l'alcoolature d'aconit, a une action favorable qui permet souvent d'éviter l'emploi des narcotiques. Dans des cas légers, une dose de 1 à 3 ou 4 grammes par jour pourra être suffisante.

Dr Despiney.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments de pathologie interne et de thérapeutique, par M. Niemeyer, professeur de pathologie à l'Université de Tubingue, traduction de l'allemand par MM. les docteurs Culmann et Sengel, de Forbach, revue et annotée par M. V. Cornil; précédée d'une introduction par M. le professeur Béhier.

Il suffit de citer les ouvrages de M. le professeur Grisolle, de MM. Hardy et Béhier, de M. le professeur Monneret, pour montrer combien notre littérature médicale est déjà riche en traités de pathologie, où les élèves peuvent puiser les éléments d'une instruction forte et élevée, et combien devrait réunir de qualités un nouveau livre du même ordre, encore qu'il eût pour lui l'attrait qui s'attache aux productions venues de l'étranger. Aussi, pour apprécier à sa juste valeur l'ouvrage de M. Niemeyer, faut-il s'attacher, non pas tant à son titre, d'après lequel on serait disposé à établir, entre lui et ceux que nous avons cités, une comparaison qui pourrait ne pas être à son avantage, qu'à l'esprit dans lequel il a été conçu, qui lui assigne une place à part et lui imprime un certain cachet d'originalité.

Il ne s'agit pas, en effet, d'un traité général et élémentaire semblable à ceux que nous possédons, c'est-à-dire d'une œuvre d'érudition et de critique où le tableau de l'état de la science soit tracé, où ses lacunes soient reconnues, où enfin les théories et les préceptes techniques soient appréciés. Partisan déclaré de la doctrine de Virchow, M. Niemeyer s'est imposé la tâche de faire à la pathologie spéciale l'application des lois générales émises par le célèbre auteur de la pathologie cellulaire. Convaincu qu'il importe avant tout pour le commençant d'étudier et de connaître une seule manière de voir, il ne démontre pas, ne discute pas, il enseigne dogmatiquement la doctrine du maître devant la puissante autorité duquel il laisse sa personnalité s'effacer, ne revendiquant que le mérite d'avoir exposé le premier dans les proportions restreintes d'un manuel tout l'ensemble de la pathologie et de la thérapeutique spéciales, d'après les nouvelles idées.

L'anatomie pathologique occupe la plus grande partie de cet ouvrage, et l'on comprend l'importance qui lui est accordée dans un pays qui a produit tant d'illustres anatomistes. Mais s'il est utile à l'élève d'être versé dans la connaissance des altérations appréciables à l'œil nu, et des lésions plus intimes constatées à l'aide du micros-

cope, il ne lui est pas moins indispensable d'avoir les notions les plus complètes sur le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies sans lesquelles il ne peut devenir un bon médecin. Or, si la symptomatologie est exposée d'une manière assez complète dans cet ouvrage, si l'étude de chaque symptôme, est basée sur une connaissance approfondie de la physiologie, les questions de diagnostic sont le plus souvent indiquées d'une manière trop sommaire pour inculquer au lecteur les véritables règles de l'art si difficile de reconnaître les maladies, et les indications thérapeutiques reposent souvent sur des données théoriques que l'expérience n'a pas encore sanctionnées, et c'est là, selon nous, un grave défaut pour un livre qui s'adresse à des commençants.

C'est la méthode anatomique que l'auteur a suivie dans l'exposition de son sujet, et le premier volume comprend l'histoire des maladies des trois grands appareils de la respiration, de la circulation et de la digestion.

Dans cet ouvrage, les mots *croup* et *diphthérite* ont une valeur différente de celle que nous leur attribuons.

En France, la diphthérite ou diphthérie est décrite comme une maladie générale, spécifique, pouvant envahir toutes les muqueuses, et c'est pour désigner sa localisation au larynx que le mot *croup* est employé.

En Allemagne, les mots *croup* et *inflammation croupale* sont appliqués à la production, à la surface des muqueuses d'un exsudat riche en fibrine. C'est ainsi que la pneumonie aiguë franche, qui est le type des inflammations avec exsudat fibrineux, est appelée *pneumonie croupale*. Le mot de *diphthérite* sert à désigner une variété d'inflammation qui se caractérise aussi par l'exsudation d'une matière fibrineuse, mais qui se distingue du croup en ce que l'exsudation n'est pas déposée à la surface, mais dans la muqueuse, et s'accompagne ordinairement de l'ulcération et de la mortification des tissus.

Cette différence de définition a une certaine importance, parce qu'elle traduit la tendance opposée de la médecine dans les deux pays.

C'est en se basant sur l'anatomie pathologique que nos voisins donnent le nom commun d'*inflammation croupale* à la laryngite pseudo-membraneuse et à la pneumonie aiguë franche, parce que l'exsudat que l'on trouve à la surface du larynx et dans les alvéoles, pulmonaires est le même.

Nous fondant, au contraire, sur leur étiologie, nous séparons ces

deux affections, rangeant l'une dans les maladies générales, l'autre dans les inflammations localisées, et nous nous en formons ainsi une idée bien plus conforme à la vérité.

Cet exemple ne sert-il pas à démontrer une fois de plus que l'anatomie pathologique est insuffisante à déterminer la véritable nature des maladies, et qu'on ne saurait négliger les données fournies par la clinique sans s'exposer à l'erreur.

Le chapitre consacré à la tuberculisation pulmonaire se recommande par l'exposition d'opinions un peu différentes de celles qui ont cours en France.

Pour Virchow et pour l'école allemande, le tubercule n'est pas un corps étranger à l'organisme. C'est un produit d'irritation constitué par une agglomération de noyaux et de très-petites cellules, n'ayant nullement une forme spécifique et ne différant sous aucun rapport d'autres jeunes cellules. Ces éléments dérivent d'une hyperplasie du tissu conjonctif, ainsi que ceux de toutes les néoplasies, d'après la théorie que le célèbre professeur de Berlin oppose à la théorie de l'exsudat, du blastème.

Déposé sous la forme d'un nodule, le tubercule miliaire cru, qui ne possède ni stroma, ni tissu conjonctif, ni vaisseaux, n'est susceptible d'aucun développement, ni d'aucune organisation ultérieure et il subit les métamorphoses de l'évolution regressive, dont le premier terme est la transformation caséeuse, et le dernier la fonte purulente ou ichoreuse.

Presque tout ce qui se produit dans le cours de la tuberculose et qui n'a pas la forme d'un nodule n'a, suivant la même école, aucun rapport direct avec le tubercule. Ainsi la lésion pulmonaire décrite sous le nom de *tuberculose infiltrée*, qui correspond à l'infiltration grise et jaune de Laënnec, est une pneumonie chronique avec transformation caséeuse et désorganisation consécutive du tissu enflammé, pneumonie qui ayant son point de départ dans les parois des bronches, envahit le parenchyme environnant, et entraîne ainsi la phthisie pulmonaire.

Plusieurs des maladies du foie sont comprises dans le chapitre de l'hépatite, dont l'auteur admet plusieurs formes, suivant l'élément anatomique qui est le siége du processus irritatif.

Ainsi, la cirrhose n'est qu'une terminaison d'une hépatite interstitielle, dans laquelle l'inflammation atteint le tissu conjonctif rare, qui, partant de la capsule de Glisson, pénètre dans le foie avec les vaisseaux, et a pour effet une végétation du tissu cellulaire, et plus tard une rétraction cicatricielle de ce tissu.

La diminution de volume du foie, les sillons profonds que l'on remarque quelquefois à sa surface, et qui lui communiquent un aspect singulièrement lobé; les masses fibreuses qui correspondent à ces sillons dans l'intérieur, et qui souvent prennent la place du parenchyme effacé dans toute l'épaisseur de l'organe, sont des lésions anatomiques que l'on doit rattacher à une hépatite dite syphilitique, à raison de son étiologie.

Enfin, se ralliant à l'opinion professée par Bright, Bamberger, Frerichs et autres, M. Niemeyer admet que l'atrophie jaune aiguë n'est que la terminaison d'une espèce particulière d'hépatite, dans laquelle les phénomènes inflammatoires par lesquels la maladie débute, conduisent bientôt à des modifications dans le foie, qui ressemblent de tout point à celles produites par une oblitération de longue durée des conduits excréteurs : la compression des petits canaux chylifères par l'exsudat, ayant pour conséquence la stase et la résorption biliaire; la compression des capillaires hépatiques entraînant la fonte des cellules et l'acholie.

Ce premier volume se termine par l'histoire de la leukémie et de la mélanémie, que l'auteur rattache aux maladies de la rate, parce que dans le plus grand nombre de cas elles dépendent d'une affection de cet organe; mais comme il existe quelques faits dans lesquels l'anomalie du sang ne peut être attribuée à une altération de cette glande, leur description est comprise dans un appendice qui sert d'introduction au chapitre des maladies du sang, par lequel commencera le second volume.

En résumé, le traité de M. Niemeyer s'adresse bien moins aux étudiants qu'aux médecins qui seront désireux de connaître les travaux d'histologie pathologique des micrographes allemands. Nous dirons plus, il est dangereux pour les élèves qui, se fiant au titre du livre, croiront y puiser des éléments de pathologie interne et de thérapeutique. « Tout, a dit M. Béhier, n'est pas bon à conserver dans le livre de M. Niemeyer, non certes. Il y a là, comme dans beaucoup d'autres ouvrages de ses compatriotes, une certaine exagération, quant à la façon dont sont poussées au loin les déductions et les applications de certaines doctrines; mais je ne vois là aucun danger: la science, par le temps qui court, n'accepte guère quoi que ce soit que sous bénéfice d'inventaire. » C'est fort bien pensé et fort bien dit. Mais comment les élèves en médecine de deuxième et de troisième année, auxquels ce livre est destiné, pourront-ils distinguer l'ivraie du bon grain ? Où puiseront-ils certaines notions de pathologie générale qui doivent les guider dans le cours de leur carrière ?

Dans les livres classiques que nous possédons et non dans ceux qui nous viennent d'Allemagne.

Malgré ces critiques qui ne nous empêchent nullement de rendre hommage au mérite de l'auteur, nous n'en devons pas moins des remercîments aux traducteurs, MM. Culmann et Sengel, pour nous avoir mis à même de juger un ouvrage dont plusieurs éditions ont consacré le succès de l'autre côté du Rhin.

Dans des notes bien choisies, M. Cornil s'est appliqué à mettre en parallèle les opinions reçues en France avec les théories médicales allemandes, et a pris soin de rappeler tous les faits dont la connaissance était indispensable pour l'intelligence des doctrines.

Dans une introduction qu'on lira avec fruit, M. le professeur Béhier a bien voulu donner son approbation à la publication de ce livre; mais qu'il nous permette de le lui dire, nous préférons ses propres ouvrages à ceux qu'il patronne.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Traitement du choléra dans les hopitaux de Paris. — Nous résumons ici, en grande partie d'après la *Gazette des hôpitaux*, les divers modes de traitement employés par les médecins chargés des services spéciaux des cholériques.

A l'Hôtel Dieu, voici la méthode adoptée par M. Hortelonp :

Dans la première période, contre les vomissements et la diarrhée, M. Horteloup prescrit : l'ipécacuanha à la dose de 1gr,50, le sous-nitrate de bismuth et le diascordium. Le bismuth est donné à la dose de 20 grammes incorporé dans du sirop, de manière à former un magma, que l'on divise en dix prises de 2 grammes pour la journée. On y ajoute quelquefois, suivant les circonstances, quelques gouttes de laudanum. Si la diarrhée résiste au bismuth, il faut prescrire le diascordium (2 grammes par prise); lavements laudanisés, précédés d'un quart de lavement émollient.

Dans la période algide : thé au rhum, infusions chaudes aromatiques, révulsifs, sinapismes et vésicatoires. M. Horteloup a recours aussi dans cette période à l'électricité au moyen de l'appareil Breton. Les excitations électriques sont portées le long de la colonne vertébrale et à la base de la poitrine sur le trajet du diaphragme, lorsqu'il s'agit surtout de réprimer un commencement d'asphyxie.

Les crampes, quand elles se manifestent avec une certaine intensité, sont combattues à l'aide de l'application des chaînes de Pulvermacher.

Dès que la réaction se manifeste, M. Horteloup prescrit, dans le but de prévenir les congestions, le café chaud ou à la glace, suivant le degré de tolérance de l'estomac, et les vésicatoires maintenus jusqu'à rubéfaction seulement, derrière le cou, s'il y a lieu de craindre les congestions vers la tête ou sur la région de l'estomac ou tout autre point plus particulièrement menacé.

Enfin, au début de la convalescence, du moment où les malades commencent à manger, M. Horteloup leur fait prendre une petite dose de sulfate de quinine (10 centigrammes) avant chaque repas.

M. Vigla a commencé, au début de l'épidémie, à donner l'ipécacuanha ; mais les effets qu'il en a obtenus ne lui ont pas paru assez satisfaisants pour l'encourager à continuer : il y a renoncé. Il prescrit d'emblée :

1° Le thé au rhum, avec la potion stimulante suivante :

Ether....................................	1 gramme.
Acétate d'ammoniaque......................	8 grammes.
Teinture de badiane........................	4 grammes.
Pour un julep de............................	125 grammes.

Et des lavements avec :

Extrait de ratanhia.........	15 grammes.
Laudanum de Sydenham....................	2 grammes.
Pour 500 grammes d'eau.	

A administrer par quarts.

2° Vésicatoire sur la région épigastrique.

3° Pour combattre les crampes : ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale et sinapismes aux jambes.

Dans la période de réaction, si les évacuations alvines persistent, M. Vigla continue l'administration du bismuth et de l'opium soit simultanément, soit alternativement : 10 grammes de bismuth en dix paquets, et 10 centigrammes d'opium en dix pilules ; ou bien une potion avec 4 grammes de bismuth et 10 à 15 gouttes de laudanum.

Lorsque la réaction prend le caractère typhique, ce qui est le cas le plus fréquent, M. Vigla prescrit :

1° Potion. Julep..............................	125 grammes.
Sulfate de quinine...................	15 centigr.
Extrait de quinquina..................	4 grammes.

2° Lavement avec : 10 grammes de décoction de quinquina ou 4 grammes d'extrait, et 1 gramme de camphre, pour 500 grammes d'eau.

La méthode de M. Barth se distingue de celle de ses collègues par plus de simplicité d'une part, et de l'autre par l'exclusion des vomitifs au début. Elle se réduit, en conséquence, à l'usage des stimulants diffusibles : thé au rhum, mais avec quantité modérée de cette dernière substance ; infusions aromatiques avec acétate d'ammoniaque. Comme moyen de réchauffement, il a recours à des fumigations d'air chaud et aux frictions sèches. Dès que la réaction se manifeste, M. Barth a recours à de petites saignées pour prévenir les congestions consécutives.

A la Charité, dans le service des hommes dirigé par M. Pelletan, le traitement adopté consiste à donner au début le thé au rhum ou un autre stimulant alcoolique si le thé n'est pas supporté ; puis les boissons froides et plus particulièrement l'eau de Seltz glacée pour arrêter les vomissements, et les moyens les plus simples et les plus usuels de réchauffement. C'est, dans ses éléments les plus simples, la méthode en quelque sorte classique, dite méthode de Magendie.

Dans le service des femmes, confié à M. Parrot, nous avons vu prescrire une potion au chloroforme et au quinquina, qui paraît avoir donné de bons résultats. En voici la formule :

Chloroforme..............................	4 grammes.
Sirop de quinquina.........................	20 grammes.
Potion gommeuse..........................	120 grammes.

Cette potion est donnée par cuillerée de demi-heure en demi-heure au début. Puis à mesure que, sous son influence, la chaleur revient et les vomissements se calment, on diminue la proportion de chloroforme. On la réduit de 4 à 2 grammes, et même plus tard à 1 gramme ; et, au lieu d'administrer la potion de demi-heure en demi-heure, on ne la donne plus que d'heure en heure. — Pour soutenir la réaction, on donne du vin de Bagnols. Comme moyens de réchauffement, on a renoncé aux frictions, et on se borne aux applications de serviettes chaudes. Tisane froide et glace à volonté après la réaction ; bouillons à discrétion.

Contre les contractions épigastralgiques persistantes, M. Parrot emploie les vésicatoires.

Enfin il a recours souvent, au début, à l'ipécacuanha, et il y revient encore dans le cours de la maladie, particulièrement pour réprimer les nausées ou les vomissements répétés.

A l'hôpital de la Pitié, M. Bernutz emploie, dans la généralité des cas, la méthode suivante :

Au début, ipécacuanha à dose vomitive; thé avec esprit de Mindererus; café alcoolisé; puis il prescrit une potion gommeuse avec fortes doses d'esprit de Mindererus et d'éther.

Comme adjuvants : frictions avec le baume de Fioraventi; liniment chloroformé : 1 gramme de chloroforme pour 10 grammes d'huile; frictions sèches.

Après la réaction : camomille vineuse avec glace. Vésicatoires sur la région épigastrique contre les douleurs d'estomac et les vomissements persistants. Quand la réaction prend le caractère typhique et adynamique, ce qui est le cas le plus fréquent, M. Bernutz donne du vin de Bordeaux; il fait appliquer des vésicatoires aux mollets, des ventouses sèches ou scarifiées à la nuque, quelquefois au creux épigastrique.

M. Bernutz a essayé, dès les premiers jours, la respiration de l'oxygène, il n'en a rien obtenu.

M. Raynaud, à l'hôpital Beaujon, n'a pas été plus heureux que son collègue [1].

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Boucher de la Ville-Jossy débute toujours dans la période prodromique par un vomitif (ipécacuanha) suivi d'un purgatif salin. Il donne l'ipéca à la dose de 1,50 en trois paquets, à prendre de dix en dix minutes, et l'eau de Sedlitz à la dose de deux verres.

Après les premières évacuations obtenues, il donne des quarts de lavement laudanisés, du ratanhia et des pilules d'opium.

Au commencement de la période algide, il a quelquefois recours aux lotions froides suivies de l'enveloppement dans les couvertures de laine. Il dit avoir obtenu assez souvent ainsi de bonnes et franches réactions. Nous lui avons vu employer cependant chez quelques malades les moyens de réchauffement plus généralement usités, les boules ou cruches d'eau chaude, ou bien l'application d'un fer chaud promené le long de la colonne vertébrale.

Dans la période typhique ou de réaction incomplète et adynamique, il a recours à l'usage du sulfate de quinine associé à l'acide tartrique en injections hypodermiques.

Nous avons, dans la livraison du 30 octobre, indiqué le traitement de M. X. Richard; voici celui de M. Mesnet :

---

[1] **M. Vigla (*Journal de pharmacie et de chimie*) qui a expérimenté sur une grande échelle les inhalations d'oxygène, dit qu'il n'a pas obtenu de cet agent un seul cas de succès.**

Au début, lorsque les malades se présentaient avec des symptômes accusés ou même douteux de cholérine, dans cet état que l'on considère comme la première période ou période prodromique du choléra, caractérisée par de la diarrhée, des nausées, quelquefois même des vomissements, M. Mesnet, comme M. Boucher, administrait toujours un ipéca. Il donnait ensuite quelques boissons légèrement stimulantes : du thé avec cuillerées de rhum, de la camomille. Lorsque la diarrhée persistait, il prescrivait du sous-nitrate de bismuth, quelques gouttes de laudanum, des lavements amidonnés.

Dans la période algide, M. Mesnet a, pendant tout le temps de l'épidémie, fait usage des bains sinapisés. Mais ayant remarqué que souvent ces bains restaient sans résultat, il a fait pratiquer à ses malades, avant de les plonger dans le bain, des frictions sèches, des flagellations et même l'urtication. Du moment où cette pratique a été adoptée, aucun malade n'est resté insensible à l'action de la moutarde.

Toutes sortes de boissons stimulantes ont été employées à cette période : le thé additionné de rhum, la camomille, le vin, la chartreuse, la trappistine ; mais l'on sait combien ces boissons sont en général mal tolérées. L'acétate d'ammoniaque, à la dose de 4 à 10 grammes dans une potion, était mieux supporté.

M. Mesnet a cherché surtout à prévenir l'apparition de la période typhique, dont il s'est attaché à bien signaler les signes précurseurs. Lorsqu'il voyait survenir chez un malade en réaction un peu d'agitation, quelquefois du délire, lorsqu'il voyait l'œil se congestionner, devenir humide, larmoyant et plus vif, lorsque la langue devenait en même temps sale et sèche, il appliquait aux apophyses mastoïdes une vingtaine de sangsues; et, depuis qu'il a institué ce traitement, il affirme ne plus avoir perdu de malades. Au début de l'épidémie, il avait appliqué des vésicatoires à la nuque, ou recouvrant même toute la tête, et cela sans effet. C'est au début de cette période que le sulfate de quinine, administré à l'intérieur ou par injections hypodermiques, ou en lavements, a donné de bons effets. Il a été assez généralement employé. L'électricité a arrêté assez rapidement ce hoquet, qui survient assez souvent dans la réaction.

A l'hôpital Lariboisière M. Moissenet a continué, dans l'épidémie actuelle, comme il l'avait fait en en 1849 et en 1853-54, à traiter la plupart des cholérines par la méthode évacuante, tantôt par l'ipécacuanha, tantôt par les purgatifs salins, suivant l'indication dominante ou les circonstances particulières; intimidé en quelque

sorte, à certains moments, par l'éloignement et l'espèce de crainte d'un grand nombre de ses collègues pour les évacuants, il lui est arrivé quelquefois d'avoir recours d'emblée à l'opium et au sous-nitrate de bismuth, et loin d'avoir eu à se louer de ce changement de méthode, il a vu plusieurs fois se développer les accidents graves du choléra dans les cas où il n'avait pas débuté franchement par les purgatifs. Sa conviction est telle, à cet égard, que pris lui-même, au début de l'épidémie, de diarrhée avec ballonnement abdominal et borborygmes, nausées et défaillances, il n'a pas hésité à prendre une bouteille d'eau de Sedlitz, et il a obtenu par ce moyen une guérison franche et rapide.

Il est entendu, du reste, que M. Moissenet ne se borne pas à l'emploi de cette médication. Après avoir rempli la première et principale indication à ses yeux en donnant soit un vomitif, soit un purgatif, il prescrit, le moment opportun venu, l'opium, le sous-nitrate de bismuth, les astringents, les amers, etc.

Telle n'est pas la pratique de M. Chauffard, qui admet trois formes prodromiques de l'affection cholérique, mais susceptibles du même traitement.

M. Chauffard insiste d'abord sur la nécessité d'un repos absolu. Les excitants, tels que le thé au rhum, punch, infusions aromatiques; les astringents et les modificateurs de la muqueuse gastro-intestinale, tels que le sous-nitrate de bismuth, ou les astringents narcotiques, conseillés en pareil cas, lui semblent avoir leur utilité, mais plutôt pour mettre fin à la persistance de quelques symptômes que comme traitement principal et réellement curatif. C'est à l'ipéca à dose vomitive qu'il conseille de recourir tout d'abord; c'est là, à ses yeux, le véritable remède de ces manifestations morbides, qu'il suffit ordinairement à lui seul à emporter. Si quelques-unes de ces manifestations subsistent, le sous-nitrate de bismuth et l'opium ont alors leur indication. Donnés d'emblée, ces mêmes agents thérapeutiques se montrent souvent inefficaces, ou ne sont qu'un faible ou même un dangereux palliatif.

Les purgatifs, conseillés en pareil cas par quelques praticiens, ne lui paraissent présenter aucun avantage sur la médication vomitive par l'ipéca; et, de plus, il les considère comme pouvant avoir de véritables dangers. C'est ouvrir en quelque sorte, dit-il, une porte nouvelle à la maladie, et lui fournir une occasion de se produire en affaiblissant les forces générales et la résistance au contage. Sans doute, si l'intégrité des forces est parfaite, le malade peut supporter sans y céder l'action substitutive d'un purgatif; mais si l'action

morbide l'a déjà profondément éprouvé, l'action substitutive demeure insuffisante et ne fait alors qu'ajouter à la puissance du mal.

M. Chauffard en a observé deux exemples frappants dans le service de clinique de l'hôpital de la Charité, dont il a été momentanément chargé. L'un chez une femme entrée dans le service pour une bronchite intense, et qui, à la suite de l'administration d'un purgatif salin indiqué par l'état de constipation, eut une violente superpurgation suivie de refroidissement et d'altération des traits, heureusement enrayée par l'administration de l'opium à haute dose et du sous-nitrate de bismuth; — le second, plus malheureux, chez un convalescent de rhumatisme articulaire aigu qui, ayant présenté quelques signes d'embarras gastro-intestinal, fut mis à l'usage de l'eau de Sedlitz, dont l'administration détermina des évacuations excessives et incoercibles, bientôt suivies elles-mêmes de l'explosion de tous les symptômes d'un choléra confirmé et promptement mortel.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Au début de l'épidémie, et à l'entrée des enfants à l'hôpital, M. Bergeron administrait l'ipécacuanha; mais les résultats ne lui ont pas paru assez satisfaisants pour l'engager à continuer cette pratique : il y a renoncé. Il a dû recourir aussi, dans la plupart des cas, à l'usage du thé au rhum et des stimulants alcooliques, qu'il administrait également, mais avec modération toutefois, chez ses petits malades; ces boissons étaient rarement supportées. On s'en est tenu dès lors, dans la plupart des cas, pour réchauffer les malades et rappeler la réaction, aux moyens caléfacteurs externes, aux boules d'eau chaude et à l'enveloppement dans des couvertures de laine. Les opiacés ont été employés aussi dans cette première période, mais à dose modérée. Quelques malades mêmes n'en ont pas pris du tout. Dans les cas où ils ont été donnés, on en a promptement cessé l'usage dès que les premiers symptômes de la réaction se sont manifestés.

La réaction établie, les petits malades, que tourmentait une soif incessante, ont été mis à l'usage des boissons glacées, l'eau de Seltz et la bière. Cette dernière boisson est celle qu'ils préféraient en général.

L'un des éléments principaux du traitement que M. Bergeron a mis en usage dans la période de réaction, est le sulfate de quinine. Mais pour pouvoir administrer utilement ce médicament, il était important d'arrêter le plus promptement possible les vomissements. Dès que le pouls commençait à se relever, M. Bergeron faisait appliquer un vésicatoire sur la région épigastrique. Cette application

suffisait le plus souvent à produire ce résultat. Une fois les vomissements arrêtés, il administrait le sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes dans du café ou dans un julep, en deux prises. Dans les cas où les vomissements persistaient, malgré l'application du vésicatoire, il avait recours alors à la méthode hypodermique. La même dose de sulfate de quinine en solution était injectée en deux fois, à raison de 25 centigrammes pour chaque injection.

Les effets physiologiques du sulfate de quinine ont été difficiles à apprécier, à cause de la difficulté d'obtenir des enfants le témoignage de leurs impressions. Mais bien que dans quelques cas il n'ait pas empêché l'algidité de se reproduire, le résultat de cette médication paraît avoir été favorable dans la grande majorité des cas.

Enfin, du moment où la réaction se continuait avec le caractère typhique prédominant, M. Bergeron a eu recours aux préparations de quinine et plus particulièrement à l'extrait. Ces préparations étaient continuées dans la convalescence.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi du perchlorure de fer contre l'affection cancéreuse. M. le docteur Bitot (de Bordeaux), depuis déjà sept années, a recours à cette pratique, en ayant eu soin de ne choisir que des cas vraiment désespérés, des cancers dont les récidives, après une ou plusieurs opérations, ne permettaient de douter ni de la nature ni de l'opiniâtreté du mal. Dans les six observations les plus significatives, nous trouvons quatre malades qui avaient éprouvé un temps d'arrêt, une amélioration marquée, bien qu'elles aient fini par succomber à leur affection ; une cinquième malade a guéri du cancer, elle a succombé à un érysipèle trois mois après ; la sixième est à peu près complètement guérie.

Si ces résultats ne sont pas définitivement concluants, au point de vue de la spécificité anti-cancéreuse du perchlorure de fer, ils prouvent au moins, dit M. Bitot, une action curative; mais il importe, pour obtenir cette dernière, d'administrer le médicament pendant un temps considérable. Les malades observés l'ont pris à la dose quotidienne de 20 à 30 gouttes pendant douze, quinze, dix-huit mois et plus. Indépendamment de son usage à l'intérieur, duquel il est ici question, le perchlorure de fer rendra encore les plus grands services, employé comme caustique, contre les cancers ulcérés, qu'il pourra, dans des applications successives, pénétrer dans toute leur masse, sans offrir les dangers de certains caustiques, l'acide sulfurique, par exemple. M. Bitot, voulant éviter les inconvénients du caustique liquide, se sert de perchlorure mêlé à de la farine de froment, de façon à obtenir une pâte qui, sans perdre de l'activité du médicament liquide, est beaucoup plus commode.

Bien avant cette communication, M. le docteur Dupuy (de Bordeaux) a eu recours à l'emploi du moyen présenté comme spécifique par M. Bitot. Il a donc usé longtemps, *intùs et extrà*, du perchlorure de fer ; il a vu, dans un cas de cachexie cancéreuse, la constitution se raffermir, l'appétit et les forces renaître ; mais en même temps le cancer qui avait détruit un sein envahissait le sein gauche, et semblait protester ainsi contre la vertu du perchlorure de fer.

M. le docteur Levieux (de Bordeaux), sur les indications de M. Bitot, a soumis quelques-unes de ses malades, atteintes de cancer utérin, à l'usage très-longtemps prolongé du perchlorure de fer; mais il n'en a obtenu aucune action appréciable; et, comme M. Dupuy, il pense que ce médicament n'a d'autre avantage que celui de tonifier, de reconstituer les malades en proie à la cachexie cancéreuse. A ce point de vue, l'expérimentation de M. Bitot aura rendu service aux chirurgiens en recommandant une fois de plus un excellent moyen de thérapeutique; mais elle laisse certainement à résoudre tout entier le problème de la curabilité du cancer. (*Congrès médical de Bordeaux.*)

Thérapeutique de l'anthrax. M. le docteur E. Soulé, effrayé des accidents qui se produisent si souvent dans l'anthrax, en dépit ou bien en raison même du mode de traitement le plus habituel, qui consiste en des incisions sanglantes souvent successives, suivies parfois de la cautérisation au fer rouge, s'est décidé à adopter pour la destruction des anthrax la cautérisation potentielle, bien moins dangereuse que le bistouri, au point de vue des érysipèles et de la résorption purulente, et qui a déjà fait ses preuves, notamment dans la cure des varices et des loupes du cuir chevelu. Il établit d'abord, à l'aide de la pâte de Vienne, des escares dépassant les limites de la tumeur; des incisions ont ensuite lieu sur la partie escarifiée; mais, en même temps que le bistouri en détache des portions et arrive dans le voisinage des tissus non détruits, notre collègue use largement en badigeonnage et en injections, de teinture d'iode, afin 1° de neutraliser chimiquement (ne fût-ce que par l'action coagulante de l'alcool) le liquide sanieux qui pourrait, s'il était absorbé, intoxiquer l'économie; 2° d'empêcher cette absorption par l'action spéciale de la teinture d'iode sur les tissus; 3° de favoriser le travail de restauration.

A l'appui de cette manière de faire qui a pour elle la logique chirurgicale et l'incontestable supériorité sur l'instrument tranchant des caustiques potentiels et de la teinture d'iode, pour la destruction des ulcères de mauvaise nature, M. Soulé a fait connaître deux cas de la plus grande gravité dans lesquels la précision des détails permet de reconnaître parfaitement et de comparer le rôle de l'instrument tranchant et celui des caustiques. Après cet exposé, nous n'hésiterions pas à adopter le *modus faciendi* de notre confrère par un anthrax *malin*. (*Congrès médical de Bordeaux.*)

Traitement du hoquet par la pression épigastrique. Il y a quelques années, M. le professeur Rostan signalait à sa clinique deux cas de hoquet opiniâtre, dans lesquels la compression méthodique de l'épigastre avait guéri le spasme du diaphragme vainement combattu jusque-là par des moyens divers. M. le docteur Léon Boyer rapporte plusieurs faits analogues observés dans sa pratique, et dont voici le résumé :

Une jeune personne de dix-huit ans est prise de hoquet continu, à la suite d'une suppression des règles par un refroidissement des extrémités inférieures. Une saignée de pieds est faite sans résultat. Alors, suivant le précepte posé par M. Rostan, M. Boyer applique la paume de la main sur le creux de l'estomac, et presse fortement : une légère amélioration se manifeste, les mouvements deviennent moins violents, l'inspiration moins rapide, etc.; mais le succès n'est pas complet. M. Boyer recommande aux parents de faire de suite une grosse pelote de linge, de l'appliquer sur le creux de l'estomac, et de la maintenir fortement au moyen d'une serviette entourant la poitrine. Immédiatement après l'application de l'appareil, les accidents cessent. On prescrit une potion anti-spasmodique, et pour boisson de l'eau de Seltz sucrée en petite quantité.

Sur les dix heures du soir, quatre heures environ après l'application du bandage, la malade, un peu fatiguée par la pression, juge à propos de tout enlever; mais aussitôt les accidents reparaissent, et l'on s'empresse de faire rétablir l'appareil. Le lendemain, à dix heures du matin, le hoquet n'avait pas reparu. La jeune fille conserva son appareil quelques jours encore. Le hoquet avait disparu sans retour, et elle n'en a pas eu d'atteintes depuis.

Le sujet de la seconde observation est un jeune homme de vingt-cinq ans, chez lequel le hoquet s'accompagnait d'étouffement et d'anxiété. Au lieu de le saigner comme on le voulait, M. Boyer prend quatre mouchoirs de poche qu'il trouve sous la main; il en fait une pelote qu'il place sur le creux de l'estomac, et qu'il serre fortement

à l'aide de la cravate du malade : dix minutes après, tout était fini.

Même résultat dans la troisième observation :

Ce traitement si simple est pourtant plus ancien qu'on ne le croit. Bordeu l'avait employé avec un succès complet. Voici ce qu'il en dit : « Traitant autrefois, avec un autre médecin, une personne atteinte de hoquet, nous mîmes inutilement en usage tous les moyens que l'expérience, la raison et les livres purent nous fournir ; ce ne fut qu'en serrant très-fortement les hypocondres, l'épigastre et le dos du malade avec une serviette, que nous le guérîmes sur-le-champ. » (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

De l'expectation dans les maladies vénériennes. « M. Diday aura rendu un grand service aux médecins et aux malades en montrant que les maladies vénériennes ou syphilitiques sont placées sous la loi commune ; que, dans un assez grand nombre des cas, elles guérissent spontanément ; que, le plus souvent, elles arrivent à bien sans traitement spécifique, et que, dans les cas où celui-ci devient nécessaire, il peut être singulièrement réduit dans sa durée et mitigé dans son énergie.

« M. Diday a passé en revue, sous ce rapport, la blennorrhagie, la chancrelle ou chancre mou, non infectant, le chancre infectant et, enfin, la syphilis. Partout il a fait voir dans quelle fausse voie sont engagés la généralité des praticiens, toujours pressés d'agir d'une manière active, fatiguant les malades et se fatiguant eux-mêmes dans une poursuite et une lutte à outrance contre des maladies dont ils viendraient plus facilement à bout avec un peu de temporisation et de patience.

« Dans la blennorrhagie, il faut attendre avant de donner le copahu, que l'acuité des symptômes inflammatoires ait diminué ; on réduit ainsi, pour le grand bien des malades, la durée d'un traitement qui fatigue leurs voies digestives et qui est trop souvent, par son insuffisance, la source des plus amères déceptions et la cause du plus profond découragement.

« La chancrelle doit être traitée avec la plus grande réserve par la cautérisation abortive, à cause de l'herpès récidivant, éruption tenace qu'un pareil traitement provoque.

« Le chancre proprement dit est la première manifestation de l'infection syphilitique ; lorsqu'il apparaît, la vérole est faite. Le détruire par la cautérisation dans l'espoir d'empêcher les manifestations consécutives serait donc la plus grande des illusions. Le combattre immédiatement par le mercure à l'intérieur, c'est traiter bien sévèrement tout d'abord une maladie qui sera peut-être bénigne et qui souvent peut guérir toute seule. Il faut donc attendre et laisser la syphilis libre de produire ses manifestations locales, afin de les bien connaître pour pouvoir les bien traiter. Dans un très-grand nombre de cas, le traitement spécifique ne sera pas nécessaire, et dans ceux où le mercure ne sera pas administré, on pourra toujours avec avantage en réduire les doses et la durée d'administration.

« Voilà, à coup sûr, des idées subversives et révolutionnaires, quoique éminemment conservatrices. Nous ne saurions trop louer M. Diday de les avoir portées devant le Congrès de Bordeaux. Bien qu'elles n'aient pas, chose regrettable, subi l'épreuve d'une discussion approfondie, cependant, il suffit qu'il les ait présentées avec l'autorité de son expérience, pour qu'elles frappent l'esprit des médecins et attirent sérieusement leur attention. A notre avis, le champ tout entier de la thérapeutique aurait besoin d'être remanié, dans le sens des idées dont le savant syphiliographe de Lyon a restreint l'application aux maladies vénériennes. Savoir attendre est le secret de guérir dans un grand nombre de maladies. Les médecins et les malades se perdent souvent par l'impatience. Ils devraient sans cesse méditer ce mot profond de Fénelon : « Il faut être patient avec le mal, patient avec les remèdes, patient avec sa propre impatience. » (*Union médicale.*)

Méthode curative de l'épilepsie. Chaque jour, dit M. Delasiauve, voit naître de nouvelles formules contre l'épilepsie. Plusieurs fois nous nous sommes expliqué à ce sujet. Sous l'identité apparente des manifestations se dissimulent les conditions pathologiques les plus variées : il ne saurait y avoir de thérapeutique uniforme. Un médecin judicieux s'efforce avant tout de rechercher les indications particulières. On se tromperait aussi en prenant, pour des cures définitives, des suspensions plus ou moins longues, qui, dans bien des cas, sont moins une preuve de l'action des remèdes que l'effet de l'évolution naturelle des crises. Nous cite-

rons cent exemples d'épileptiques soumis, pendant des mois, à des séries d'accès incessantes et qui, lorsque le mouvement convulsif est épuisé, jouissent d'une période correspondante d'immunité parfaite. Nul doute que beaucoup de faits de ce genre n'aient contribué au crédit de plus d'un agent trop préconisé.

Toutefois, si la circonspection est nécessaire, ce n'est pas une raison pour négliger de mentionner les applications, en apparence heureuses, qui peuvent avoir été faites de certaines médications à la guérison du mal le plus affreux. De ce nombre est le traitement complexe du docteur Schreyer (de Hambourg), dont l'énonciation se lit dans la *Rivista clinica* de Bologne (30 juin). Indépendamment d'une diète sévère, ce praticien prescrit chaque jour un bain tiède à 28 degrés Reaumur, à l'issue duquel, au bout d'une demi-heure, il fait verser, d'une hauteur de 4 à 6 pieds, sur la nuque et le dos, d'abord un. puis deux et trois seaux d'eau froide. Le tout se termine par des frictions brusques et réitérées. Plusieurs purgatifs salins sont administrés et l'on y ajoute, quotidiennement, en deux doses progressives, de quatro à douze grains de digitale. Sur seize individus ainsi traités, trois seulement éprouvèrent une rechute. Encore finirent-ils, en reprenant les remèdes, par guérir complètement. M. Schreyer estime que la cure doit, en moyenne, durer six mois. A un moment donné, on diminue graduellement la quantité de la digitale. Ce dernier moyen est rangé parmi les spécifiques du mal caduc. L'hydrothérapie nous rend de réels services dans les variétés idiopathiques et symptomatiques. Tout en faisant de justes réserves, on peut donc rationnellement appeler l'attention sur la méthode proposée par le docteur Schreyer. (*Journal de médecine mentale.*)

De l'emploi de l'iodure de potassium pour combattre les affections saturnines et mercurielles. Dans un premier mémoire remuntant à plus de quinze ans (*Ann. de phys. et de chim.*, 3ᵉ série, t. XXV, 1849), MM. Natalis Guillot et Melsens ont établi l'efficacité et la raison d'être de la médication par l'iodure de potassium pour combattre les affections saturnines et mercurielles en montrant que ce sel possède la propriété de rendre solubles les composés métalliques que l'économie peut garder et d'en faciliter l'excrétion à l'état d'iodures doubles qui l'éliminent avec la plus grande facilité par les urines.

Ces principes différaient essentiellement de ce que l'on s'était proposé jusqu'alors : on cherchait, en général, à rendre les poisons insulubles : les deux auteurs ont cherché à les dissoudre d'abord, à les faire éliminer ensuite, en les associant à un corps que l'économie expulse dans les urines avec la plus grande rapidité.

Dans un mémoire tout récemment publié (1865), M. Melsens revient sur quelques points importants de ses premiers travaux ; on y voit que ce n'est pas seulement dans les cas d'empoisonnement mercuriel ou saturnin que l'iodure de potassium produit les meilleurs effets ; car il y a plusieurs faits et expériences doù il résulte que des accidents d'intoxication lente par des aliments ou boissons ayant séjourné dans des ustensiles en zinc peuvent être favorablement modifiés par l'emploi du même médicament.

Comme adjuvant du traitement par l'iodure de potassium, M. Melsens fait donner aux malades un léger excès de sel marin dans leurs aliments, et il le fait pour deux raisons : l'une, parce que, suivant lui, le chlorure de sodium est un succédané de l'iodure de potassium ; l'autre, parce que, faisant boire les malades, il active la diurèse, et à ce titre favorise l'élimination. Il faut employer l'iodure de potassium légèrement iodé, et il est prudent d'y ajouter un ou deux verres d'eau sulfureuse pour être certain de neutraliser les iodates, lesquels, ainsi qu'il résulte des expériences de M. Melsens, sont de violents poisons, mais se transforment rapidement dans l'économie en iodures.

En général, la cure par l'iodure de potassium dure plusieurs mois, et bien qu'il ait établi que l'emploi de ce médicament a hautes doses pendant un aussi long temps ne porte pas atteinte à la constitution, M. Melsens a trouvé qu'il est utile d'interrompre de temps en temps l'administration du médicament pendant quelques jours. Après chaque interruption, que l'on peut considérer comme un temps de repos pour le malade, on doit recommencer par des doses modérées que l'on élève de nouveau graduellement ; on s'abstient de déranger la médication en donnant quelque autre médicament que ce soit.

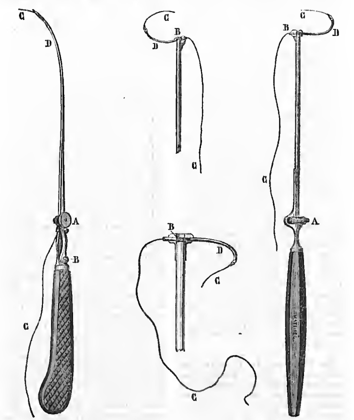
Faisant l'application de ces prin-

cipes au traitement de la syphilis, M. Melsens formule ce précepte très-sage, à savoir : qu'il faut toujours terminer un traitement mercuriel, en donnant de l'iodure de potassium, sinon on court risque de laisser le malade en proie aux accidents ultérieurs d'un empoisonnement lent et chronique, dont les suites sont au moins aussi graves que la maladie dont on avait cherché à le guérir.

Il conseille d'établir comme base du traitement mercuriel cette double formule : commencer par un iodure mercuriel soluble, terminer par l'iodure de potassium. (*Gazette médicale.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Nouvelle aiguille chasse-fil. M. Mathieu a imaginé un nouveau mécanisme qu'il a appliqué à l'aiguille tubulée de Simpson, et qu'il appelle *aiguille chasse-fil.*



Cette innovation consiste pour l'aiguille à angle droit qu'il a fabriquée dans le temps, pour le professeur Courty de Montpellier, en une tige portant à son extrémité un petit galet strié B, qui à l'aide d'un mouvement de rotation imprimé par le doigt à une roue A, placée près du manche, fait cheminer le fil métallique C, à travers l'aiguille tubulée D; lorsque l'opérateur veut retirer l'aiguille des tissus, une fois ce fil passé, il saisira le moment où le petit bouton placé sur la roue se trouve former une perpendiculaire avec la tige de l'instrument.

Quant à l'aiguille droite ou courbe ordinaire, il a placé une petite armature B, à ressort à la base de l'instrument; cette armature porte un bouton A, qui fait tourner le petit galet strié qui à son tour fait avancer ou reculer à volonté le fil métallique C passé dans la partie tubulée de l'aiguille. Lorsque l'opérateur veut dégager l'instrument du fil qu'il porte, il n'a qu'à soulever avec l'index l'armature qui fait appuyer le galet sur le fil, et ce dernier alors peut librement sortir de l'aiguille.

Ainsi disposé, cet instrument a été employé par M. le docteur Follin, de l'hôpital Cochin, dans une opération de fistule vésico-vaginale. (*Académie de médecine.*)

Prophylaxie du choléra par l'emploi des fumigations chlorées. Dès le début de la première épidémie de 1832, on a employé les fumigations de chlore et on en a même singulièrement abusé à cette époque, car on répandait du chlore partout, sans établir de distinction entre les localités infectées et celles qui ne l'étaient pas. En agissant ainsi, on se proposait de combattre la cause générale du choléra, et on avait l'espoir d'en neutraliser l'influence. Mais l'expérience ne tarda pas à démontrer que les fumigations chlorées étaient loin d'avoir les propriétés spécifiques qu'on était disposé à leur accorder, et comme il était facile de le prévoir, l'abus du chlore amena l'abandon de ce précieux agent de désinfection. M. Nonat s'est proposé de combattre à l'aide de ce moyen, non la cause générale du choléra, mais seulement l'une de ses causes occasionnelles, c'est-à-dire l'influence des miasmes répandus autour des malades, et pendant les épidémies de 1849 et 1854, il a employé largement ce moyen dans ses salles. Grâce à lui, à l'hôpital de la Pitié, le chiffre des cholériques du dedans n'a pas suivi dans les salles de M. Nonat la même progression que dans celles de ses collègues, et l'influence épidémique a perdu de son intensité à partir de l'instant où ont été faites les fumigations chlorées.

Voici le procédé qui permet d'obtenir dans les salles de l'hôpital un dégagement continu de chlore; il est aussi simple que peu dispendieux. Il consiste à mettre dans un vase de la largeur d'une assiette, du chlorure de chaux pulvérisé et délayé dans une suffisante quantité d'eau, sous la forme d'une bouillie claire (une partie de sel et huit à dix parties d'eau). Ce mélange donne un dégagement lent et continu de chlore.

En temps ordinaire, il suffit de renouveler le mélange tous les trois jours, mais en temps d'épidémie on doit le renouveler tous les jours, ou tous les deux jours au moins.

Il importe de multiplier le nombre des vases contenant du chlorure de chaux, et il faut avoir soin d'en mettre plus ou moins suivant l'étendue de la salle, un vase pour deux malades. Il est bon de mettre quelques vases supplémentaires autour des malades qui répandent une plus grande quantité de miasmes.

L'odeur du chlore ne doit pas trop se faire sentir, et si par hasard, elle se manifeste avec trop d'intensité, il est facile d'y remédier, en diminuant la quantité de chlorure de chaux. On arrive aisément du reste à déterminer la proportion de chlorure de chaux qu'il convient d'employer. Ce procédé est préférable à celui de Guyton de Morveau qui dégage une trop grande quantité de chlore, d'où peuvent résulter de graves inconvénients pour les malades et pour les personnes chargées de les surveiller. (*Académie des sciences.*)

VARIÉTÉS.

Bulletin du choléra. — Le choléra n'a pas affecté, comme précédemment, une marche rigoureusement décroissante, et l'on peut dire que l'épidémie est restée stationnaire. .

On le verra par le relevé suivant qui continue la statistique de notre dernier numéro.

10 novembre.....	49 décès.	16 novembre.....	35 décès.
11 —	51 —	17 —	38 —
12 —	28 —	18 —	40 —
13 —	46 —	19 —	45 —
14 —	36 —	20 —	37 —
15 —	40 —	21 —	31 —

Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, en raison du dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie cholérique :

Au grade d'officier : M. Horteloup, médecin en chef à l'Hôtel-Dieu : 34 ans de services, chevalier depuis 1858.

Au grade de chevalier : MM. Gubler, médecin à l'hôpital Beaujon ; — Duplay, médecin à l'hôpital de Lariboisière ; — Boucher de la Ville-Jossy, médecin à l'hôpital Saint-Antoine ; — Arnaud, médecin du Bureau de bienfaisance du 17e arrondissement ; — Imard, directeur de l'Hôtel-Dieu.

— Par décret en date du 2 novembre 1865, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, en raison de leur belle conduite pendant l'épidémie qui a sévi à Toulon, savoir :

Au grade d'officier : M. Gueit (Joseph-Charles), médecin principal.

Au grade de chevalier : MM. Merlin (Louis-Baptiste), médecin de 1re classe ; — Herland (Joseph-Auguste), médecin de 2e classe ; — Cavalier (Jules-Adolphe), pharmacien de 2e classe ; — Chauvin (Eugène-Théodore), infirmier en chef.

— Par décrets en date du 16 et du 17 novembre 1865, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Catteloup, Loyer, Jubiot, médecins principaux de 2e classe ; — Vergé, Lespiault, médecins-majors de 1re classe ; — Bonduelle, médecin-major de 2e classe.

Au grade de chevalier : MM. Leplat, médecin-major de 2e classe ; — Hurst, Guisard, médecins aides-majors de 1re classe ; — Utz, médecin aide-major de 2e classe ; — Commail, pharmacien aide-major de 1re classe.

Par décret en date du 17 novembre, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Richet, docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur de pathologie chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Denonvilliers, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Pellegrino Lévi (de Florence), ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, a été nommé chevalier de l'ordre des Saints Maurice et Lazare pour s'être rendu vers la fin d'août à Manduria (terre d'Otrante) où sévissait le choléra, et y avoir dirigé le service médical durant l'épidémie.

Concours. — Le concours pour sept places d'agrégés en médecine dans la Faculté de Paris a été ouvert le 6 de ce mois. Les juges sont : MM. Tardieu (président), Trousseau, Grisolle, Monneret, Béhier, H. Roger et Chauffard. Les concurrents ont eu pour sujet de la composition écrite : *La structure du foie et ses fonctions.*

Les concurrents sont au nombre de 27 ; ce sont, dans l'ordre des lectures désignées par le sort : MM. Ferrand, Dujardin-Beaumetz, Ball, Menjaud, Peter, Pinel, Isambert, Barnier, Guurraud, Lancereaux, Fritz, Cornil, Blachez, Proust, Dally, Baudot, Constantin Paul, Ladreit de Lacharrière, Chalvet, Brouardel, Jules Simon, Luys, Raynaud, Leuven, Desnos, Magnac, Martineau.

Un concours ouvert au Val-de-Grâce, pour deux emplois de professeur agrégé à l'École impériale de médecine et de chirurgie militaire, vient de se terminer par la nomination de MM. Vallin et Boisseau.

Un chirurgien qui, bien qu'éloigné des grands centres scientifiques avait su se faire un nom des plus répandus, M. Rigal (de Gaillac), vient d'être enlevé à la science et à ses amis.

M. le docteur Blot, secrétaire général de la Société médicale d'Indre-et-Loire, vient de succomber à l'âge de trente-huit ans.

Nous croyons être utile à nos lecteurs en leur annonçant la publication, à la librairie Victor Masson, d'un ouvrage qui emprunte aux circonstances actuelles un intérêt tout particulier : *De la préservation du choléra épidémique et d'une hygiène spéciale applicable au traitement de la maladie réalisée.* Tel est son titre. L'auteur, M. Max Simon, a trop souvent prêté son concours au *Bulletin de Thérapeutique* pour que nous ayons à en faire l'éloge.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Rapport général sur les prix décernés en 1865 par l'Académie de médecine.

Par M. Frédéric Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine.

Les questions que l'Académie propose annuellement comme sujets de prix suffiraient au besoin pour montrer quel est l'état actuel de la médecine et pour donner la mesure de ses progrès; ceux qui nient ces progrès ferment les yeux à la lumière. La médecine, comme toutes les sciences, a passé par l'état théologique, puis par l'état critique; elle est aujourd'hui à l'état positif, c'est-à-dire complétement entrée dans les voies de l'observation, et quand le sujet le comporte, dans celles de l'expérimentation d'où résulte l'expérience, qui est une acquisition de l'esprit. Bien des années se sont écoulées depuis que la médecine, secouant le joug de l'autorité dogmatique, s'est complétement sécularisée; il faut en vérité sortir du sommeil d'Epiménide, pour venir aujourd'hui reprocher à la médecine de mêler la religion à son enseignement, pour venir nous dire qu'elle fait encore jouer un grand rôle au surnaturel et au merveilleux; qu'elle est enfin et toujours dominée par d'absurdes superstitions.

On parle aussi de l'empirisme, on nous dit plongés dans ses ténèbres; mais ce reproche, nous l'acceptons, car pour nous l'empirisme, loin d'amasser les ténèbres, les dissipe. Qu'est-ce, en effet, que l'empirisme médical, si ce n'est l'expérimentation appliquée à la thérapeutique? si ce n'est cette méthode expérimentale elle-même, qu'on revendique exclusivement pour d'autres sciences, tandis qu'elle nous appartient en propre. Qui ne sait en effet comment la physiologie en use dans ses amphithéâtres, et comment la pathologie la retrouve dans ses services de clinique? Je dis dans ses cliniques, car en dehors des hôpitaux et de la pratique, je ne vois plus d'expérimentateurs, je ne vois plus même d'observateurs; je vois des professeurs qui exposent l'état de la science à leur façon et rien de plus. Quant aux académies, leur rôle est parfaitement tracé; elles recueillent, elles enregistrent, elles sanctionnent les faits nouveaux, elles en apprécient l'importance, et elles décernent des récompenses aux travailleurs. Est-ce que, par hasard, elles feraient passer ce qu'on appelle les personnalités médicales avant la science? Est-ce qu'elles

demanderaient aux concurrents des récits empruntés à la tradition, c'est-à-dire des légendes ? Est-ce qu'elles admettraient des inspirations dues à un prétendu tact médical ? Il nous suffira, messieurs, de rappeler en peu de mots comment l'Académie a procédé dans la rédaction de ses programmes, pour vous montrer quelle médecine elle professe, dans quel sens et dans quel esprit elle cherche de son côté à hâter les progrès de la science ; voyez, en effet, ce qu'elle avait demandé cette année aux concurrents, et dans quelle direction elle avait encouragé leurs travaux.

Elle avait d'abord à décerner un prix qui lui est propre. Quelle question a-t-elle proposée ? Etait-ce un problème dont la solution comporterait quelque chose de surnaturel, de merveilleux ? Elle a tout simplement demandé aux concurrents un exposé des *paralysies traumatiques*. Pénétrant ensuite au cœur même de la science, elle a demandé aux observateurs s'il existe ou non des *caractères anatomiques spécifiques du cancer ;* puis elle a trouvé qu'il est opportun, dans l'état actuel des choses, de s'enquérir des *rapports de la paralysie générale et de la folie ;* et, comme de tout temps les *indications fournies par le pouls dans l'état puerpéral* ont préoccupé les praticiens, elle a cru devoir provoquer des recherches sur ce point ; elle a demandé ensuite avec M. Barbier, si la science ne pourrait pas trouver les moyens de traiter avec succès quelques maladies réputées incurables, et avec M. Amussat, si on ne pourrait pas lui signaler un *progrès quelconque obtenu dans la thérapeutique* chirurgicale par la voie de l'expérimentation. Enfin, et conformément au vœu exprimé par M. E. Godard, elle s'est bornée à demander un *bon mémoire de pathologie externe*. Messieurs, nous le devons dire dès à présent, les concurrents ont parfaitement compris leur mission ; ils ont tous été de leur siècle. S'ils ont parfois invoqué l'autorité de leurs devanciers, c'était en s'appuyant de leur expérience, ils ont en ce sens rapporté des faits et non des légendes. Là où l'observation pouvait seule être invoquée, ils l'ont invoquée ; quand ils ont pu y joindre l'expérimentation, il l'ont fait, et l'Académie a récompensé leurs efforts. Mais entrons dans quelques détails.

Nous venons de voir que comme premier sujet de prix, l'Académie avait proposé une question qui rentre dans le cadre des connaissances chirurgicales, et qui, au point de vue pratique, devait exciter le plus vif intérêt ; il s'agissait des *paralysies traumatiques*. Les paralysies considérées d'une manière générale sont en effet des lésions qui jusqu'à présent paraissaient plutôt appartenir au domaine de la médecine qu'à celui de la chirurgie ; mais les travaux

soumis à l'examen de l'Académie par les concurrents montrent que les paralysies traumatiques, c'est-à-dire déterminées par des lésions physiques, constituent un genre d'accidents au moins aussi fréquents, aussi graves, aussi intéressants que les paralysies dues à des ramollissements des centres nerveux; et c'est là surtout ce que démontre l'excellent mémoire envoyé à l'Académie par M. le docteur Antonin Martin, médecin-major au 5e escadron du train des équipages militaires. Jamais mémoire n'a été plus riche de faits : l'auteur a su en user avec habileté; cependant, comme le dit très-judicieusement M. Larrey, rapporteur de la commission, on voit que M. Martin a manqué du temps nécessaire pour bien coordonner ses matériaux et pour en déduire des conclusions rigoureuses; aussi l'Académie, tout en accordant un prix de la valeur de 1,000 francs à M. le docteur Martin, l'engage-t-elle à poursuivre une œuvre qui répondra alors et de tout point, comme le dit encore M. Larrey, à l'une des plus difficiles et des plus importantes questions qui aient été mises au concours; de sorte que si aujourd'hui on peut dire de son travail, *materies superabat opus*, il pourra se faire qu'on dise alors par une légère variante *materiem superabat opus.*

La question proposée par l'Académie pour sujet du prix Portal, tout en rentrant dans l'ordre des faits d'anatomie pathologique, est avant tout une question de diagnostic; déjà elle avait été l'objet de graves discussions dans le sein de la compagnie, mais sans donner lieu à des conclusions définitives; il s'agissait de décider, s'il y a ou non *des caractères spécifiques du cancer*; et s'il y en a, de faire connaître *quels sont ces caractères.*

Il n'est pas nécessaire, messieurs, d'insister sur l'importance de cette question, au point de vue purement scientifique et au point de vue pratique. Si l'on arrive, en effet, à démontrer l'existence de caractères spécifiques dans les affections cancéreuses, on aura imprimé un véritable progrès à la science et, en même temps, on aura éclairé le praticien sur la conduite qu'il doit tenir; ajoutons que le moment était venu de proposer cette grave question. Nos procédés d'investigation ont acquis un degré d'exactitude et de rigueur jusque-là inconnu; les connaissances physiques les ont étendus; ils ont donné plus de portée à nos sens. De son côté, la chimie est venue nous prêter le secours de ses réactifs; la question était donc mûre, s'il est permis de s'exprimer ainsi, et elle nous a valu un excellent mémoire dû à M. le docteur Cornil. La question, il est vrai, n'est pas encore résolue; après s'être livré à de nombreuses recherches, l'auteur trouve qu'il est aussi impossible de définir anatomiquement le cancer

que de le guérir; conclusion qui serait fort triste si elle était définitive; mais M. Robin, bon juge en cette matière, fait remarquer que l'auteur l'aurait peut-être modifiée lui-même, s'il eût comparé avec persévérance la texture des organes cancéreux avec celle des mêmes organes à l'état sain, pris à diverses phases de leurs évolutions morbides. Néanmoins, le travail de M. Cornil renferme un si grand nombre d'observations consciencieuses et faites dans un esprit si sage, que l'Académie accorde à l'auteur le prix fondé par M. Portal, et qui est cette année de la valeur de 1,000 francs.

Les motifs qui décident l'Académie dans le choix des questions qu'elle propose aux concurrents sont de plusieurs ordres : tantôt il s'agit de résoudre des problèmes qui, de tout temps, ont préoccupé les médecins, et dont la solution n'a pas été donnée; tantôt il s'agit de provoquer des recherches sur des maladies restées obscures et mal définies, soit parce qu'elles n'avaient pas fixé l'attention des observateurs, soit parce qu'un certain degré de civilisation peut seul les mettre pour ainsi dire en relief; ces réflexions s'appliquent de tout point au sujet proposé cette année par l'Académie pour le prix fondé par Mme de Civrieux. Certes, la folie a été de tout temps l'objet des études des médecins, et à commencer par les Abdéritains, les peuples en ont été émus et lui ont trouvé quelque chose de surnaturel; depuis, les nosologistes en ont multiplié les espèces; mais il était réservé à notre âge de voir un si grand nombre d'hommes saisis tout à coup, dans la période moyenne de la vie, de certains désordres de l'intelligence, bientôt suivis d'affaissement et de paralysie, spectacle douloureux qui se termine le plus souvent d'une manière funeste, au bout de deux ou trois ans : chacun comprend que nous voulons parler du genre d'aliénation désigné sous le nom de *paralysie générale*. Ses rapports avec la folie sont incontestables; mais l'Académie a voulu savoir de quelle nature sont ces rapports; s'ils sont intimes, essentiels, s'ils établissent une sorte d'identité, s'ils sont constants, inévitables, s'ils font rentrer enfin la paralysie générale dans les variétés de la folie, ou s'ils lui laissent les caractères d'une individualité morbide. L'Académie voulait, en outre, savoir, et elle l'avait dit dans son programme, si la paralysie générale est une maladie primitive débutant d'emblée chez des sujets jusque-là sains d'esprit; ou bien, au contraire, si elle survient comme complication dans le cours de la folie simple. On voit que ce qui importait avant tout, comme le fait remarquer M. Cerise, rapporteur de la commission, c'était de bien établir les rapports de la folie paralytique, considérée dans ses différentes formes, avec la folie simple,

considérée elle-même aussi dans ses diverses manifestations; M. Cerise ajoute avec grande raison, que le parallèle complet et détaillé des deux ordres de maladies au point de vue des causes, des symptômes, de la marche, des lésions anatomiques, était nécessairement impliqué dans les termes de la question. Plusieurs concurrents ont répondu à l'appel de l'Académie; six mémoires lui ont été envoyés; mais il est à remarquer que presque tous les concurrents se sont accordés à trouver que la folie paralytique ne survient que très-rarement comme affection secondaire ou comme complication: pour eux, c'est une entité morbide spéciale. Mais il en est un qui s'est placé en première ligne, et il faut d'autant plus le féliciter, qu'il en est encore à ses débuts dans la carrière médicale, c'est M. Magnan, interne des hôpitaux de Paris. Le mémoire qu'il a soumis à l'examen de l'Académie révèle dans son auteur un clinicien déjà très-exercé, un travailleur consciencieux et complétement au courant de la question; la commission a pu regretter l'absence presque absolue d'appréciations critiques, mais elle a trouvé que cette lacune regrettable n'a qu'une importance secondaire. Aussi n'hésite-t-elle pas à décerner à M. Magnan le prix fondé par Mme Civrieux, qui est de la valeur de 1,000 francs; elle accorde, en outre, des mentions honorables à M. le docteur Péon, médecin en chef de l'asile d'aliénés du département du Gers, et à M. Carle Lacoste, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le travail de M. Péon est important, l'auteur s'est montré le rigoureux interprète de la science; pourquoi faut-il qu'il n'ait pas consacré la plus grande partie de son mémoire à la description de la paralysie générale? Pourquoi, enfin, ne s'est-il pas renfermé dans les termes de la question proposée par l'Académie? Quant à M. Lacoste, il a bien compris la question, il s'est attaché à bien séparer la paralysie générale de la folie; mais il est à regretter que l'auteur n'ait pas formulé ses idées avec plus de netteté, et qu'il ne se soit pas appuyé sur des observations cliniques qui lui fussent propres; une seule lui appartient; toutefois l'Académie n'a pas voulu laisser passer inaperçu son travail, pas plus que celui de M. Péon.

La question proposée par l'Académie pour le prix fondé par M. Capuron sortait du cadre ordinaire des études; il ne s'agissait point de demander à l'anatomie pathologique quelques-unes de ces descriptions, qui sont le fruit des recherches cadavériques, ou d'exposer méthodiquement les symptômes d'une maladie déjà connue; c'était à proprement parler une œuvre de l'esprit, une appréciation raisonnée, tout à la fois le résultat de l'expérience et du jugement

médical, une question que j'appellerais volontiers de *sagacité;* elle se résumait en trois mots : *Du pouls dans l'état puerpéral*, mais que de choses dans ces quelques mots ! Un accouchement a eu lieu, rien d'insolite n'est survenu ; on est plein de sécurité, l'homme de l'art seul entrevoit des dangers ; une simple exploration du pouls le remplit d'inquiétudes, que s'est-il donc passé ? En quoi et comment les pulsations de l'artère radiale peuvent-elles lui révéler une situation aussi grave? A quel caractère doit-on rattacher un pronostic aussi fâcheux ? C'est là ce que l'Académie a demandé aux concurrents ; trois ont répondu à son appel ; mais c'est M. Lucien Hémey, interne des hôpitaux, qui a mérité toute l'attention de l'Académie. La commission, par l'organe de M. Blot, son rapporteur, en a donné une analyse détaillée et fidèle, suivie d'une sage appréciation, et l'Académie a partagé de tout point l'opinion des commissaires qui, d'ailleurs, avaient été unanimes ; elle a trouvé que le Mémoire de M. Hémey mérite véritablement les éloges que lui a accordés la commission, aussi lui aurait-elle accordé le prix fondé par M. Capuron si toutes les parties de la question avaient été abordées par l'auteur, et s'il ne s'était pas glissé quelques erreurs dans les parties qu'il a traitées ; dans cet état de choses, l'Académie, adoptant les conclusions de la commission, accorde à M. Hémey une somme de 600 francs à titre d'encouragement.

L'Académie décerne enfin le prix fondé par M. le docteur Barbier; sans s'attacher cette fois rigoureusement à la lettre, ainsi que l'a fort bien dit M. Ricord, rapporteur de la commission, elle s'est inspirée des idées généreuses et libérales de M. Barbier ; et pour cela elle ne s'en est point tenue aux mémoires qui lui avaient été soumis ; elle a été chercher en quelque sorte l'auteur d'un procédé chirurgical qui, tout en ménageant les forces des malades, tout en les préservant de graves hémorragies, finit par les débarrasser de ces tumeurs, ou plutôt de ces dégénérescences qui amènent nécessairement une terminaison fatale. On comprend que nous voulons parler ici du procédé désigné sous le nom d'*écrasement linéaire*, procédé si heureusement, si largement introduit dans la pratique chirurgicale par M. Chassaignac.

Obéissant, je le répète, au sentiment libéral qui a dicté les paroles du testateur, l'Académie a pensé, comme sa commission, que cette méthode réunit toutes les conditions imposées aux concurrents. Le prix était de la valeur de 8,000 francs ; l'Académie est heureuse de l'accorder à M. le docteur Chassaignac, il serait superflu d'insister sur les services que sa méthode a rendus, ils sont connus de tout

le monde ; lorsqu'il s'agit, en effet, de tumeurs qui réclament impérieusement l'*ultima ratio* des chirurgiens, c'est-à-dire l'*ablation ; l'écrasement linéaire* amène cette ablation, mais tout en laissant à la nature le temps nécessaire à la cicatrisation, de sorte qu'au moment où la tumeur tombe, grâce à cette ingénieuse méthode, le malade est guéri, et il l'est j'oserai dire tout à la fois du mal qu'il avait et de la plaie qui se formait, tant celle-ci est prompte à se cicatriser.

Maintenant, messieurs, sans diminuer en rien l'importance du prix accordé à M. Chassaignac, l'Académie en a distrait une somme de 1,000 francs qu'elle accorde comme encouragement à M. Legros.

Le testateur, dans son programme, avait parlé des *scrofules* ; il demandait des moyens de guérison pour cette maladie ; or, M. Legros a indiqué non-seulement le moyen de guérir certains ulcères scrofuleux, mais encore d'amener cette guérison sans laisser, comme traces du mal, ces cicatrises vicieuses, si apparentes chez la plupart des malades. C'est un service que l'Académie n'a pas voulu laisser sans récompense.

Messieurs, lorsqu'au commencement de ce rapport nous avons parlé des méthodes en honneur aujourd'hui parmi nous, c'est-à-dire de la méthode qui consiste à observer et de celle qui consiste à expérimenter, nous aurions dû peut-être, comme correctif, signaler quelques abus de l'expérimentation. Ainsi tout récemment on a cru pouvoir instituer un nouvel enseignement : il s'est rencontré en effet des physiologistes, qui, dans des intentions d'ailleurs fort louables, sont venus nous dire qu'on peut enseigner la médecine tout autrement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, qu'on peut reproduire à volonté sur les animaux toutes les graves maladies qui sont propres à l'espèce humaine, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, les intermittentes pernicieuses, etc., etc. ; et de là, je le répète, plus de *clinique médicale*, plus d'observations au lit des malades, mais autour de tables de laboratoire ; étrange idée, en vérité, de croire qu'on peut substituer une étiologie artificielle à cette étiologie mystérieuse qui produit en nous tant de maladies ! Et pourquoi cherchait-on ainsi à provoquer toutes ces maladies ? Est-ce pour en trouver la véritable médication ? pour instituer un traitement plus sûr, plus efficace ? En aucune manière : c'était dans un but spéculatif, pour ouvrir à la science, disait-on, de nouvelles voies. Le temps, messieurs, a déjà fait justice de ces vaines idées ; mais ce que nous venons de dire de l'expérimentation appliquée à la médecine ne saurait s'entendre de l'expérimentation appliquée à la chirurgie ; ici l'expérimentation est une source de progrès, les lésions chirurgicales

pouvant être à volonté et presque identiquement reproduites. Que la lésion soit accidentelle ou intentionnelle, elle est la même; solutions de continuité, inflammations, purulence, gangrène, tout se développe et marche à peu près de la même manière, et ce n'est pas tout : le côté pratique est ici ce qui préoccupe l'expérimentateur; s'il provoque une lésion, c'est pour trouver les moyens de la guérir, c'est pour arriver à découvrir de nouveaux procédés; ce n'est donc pas une vaine curiosité, une curiosité de savant qui lui fait varier ses expériences, c'est le désir de soulager ses malades : et ce sont là les idées qui ont inspiré M. Amussat dans la fondation de son prix, c'est l'art chirurgical seul qu'il avait en vue ; anatomiste avant tout, M. Amussat a voulu associer l'expérimentation aux recherches cliniques et récompenser les travaux *qui pourraient réaliser ou préparer un progrès important dans la thérapeutique chirurgicale ;* cet appel a été entendu. Plusieurs mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie; le plus important est sans contredit celui qui lui a été envoyé par M. le docteur Marmy, médecin principal d'armée et chef de l'hôpital militaire de Lyon. Ce travail a pour titre : *Etude sur la régénération des os par le périoste*. M. Michon, dans son excellent et très-judicieux rapport, a mis dans tout son jour le mérite des recherches de l'auteur, tout en signalant quelques omissions. Il a montré qu'on doit féliciter M. Marmy de ses laborieuses expérimentations, et en même temps le louer d'avoir su se défendre contre l'attrait d'une nouveauté douteuse, contre l'enthousiasme d'un succès de laboratoire et les séductions d'une chirurgie d'aventure.

Nous disions tout à l'heure qu'il n'y a pas toujours identité entre les phénomènes provoqués par certaines expérimentations, et ceux qui résultent de l'état pathologique; les recherches de M. Marmy montrent combien cette réserve est fondée. M. Marmy a su montrer quelle différence il y a entre l'expérimentation sur les animaux et l'observation clinique en chirurgie. L'Académie a du reste reconnu dans le travail de M. Marmy une critique sévère mais juste, une sage érudition et d'heureuses tentatives; elle lui accorde une récompense de 1,500 francs.

A côté du travail de M. Marmy, se place celui de M. le docteur Gellé auquel l'Académie accorde un encouragement de 500 francs; elle mentionne honorablement son excellente *Etude du rôle de la déchirure capsulaire dans la réduction des luxations récentes de la hanche*. C'est une histoire estimable de la question, qui sous une forme qui n'est pas toujours sans reproche, contient de très-sérieuses recherches.

Vous savez, messieurs, comment le jeune et infortuné Godard a formulé lui-même le programme de son prix, à savoir de le décerner annnellement et alternativement à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet de pathologie interne ou sur un sujet de pathologie externe; la question, cette année, devait porter sur la chirurgie. Le cadre, comme on le voit, était aussi large que possible; aussi huit mémoires avaient été envoyés à l'Académie. De ces huit mémoires, il en est deux que l'Academie a particulièrement distingués : l'un est dû à M. le docteur LEGROS (d'Aubusson), l'autre à M. BERTHOLLE. Le travail de M. docteur Legros a trait à une opération des plus délicates et des plus graves de la chirurgie; il a pour titre *Etude sur les indications et sur les accidents de la trachéotomie*. La commission, représentée par M. Huguier, s'est plu à reconnaître la pureté et l'élévation du style dans le mémoire de M. Legros, et en même temps l'heureux choix des faits qui en forment la base; les deux parties, celle qui a trait aux indications et celle qui énumère les accidents, sont traitées avec un soin égal; on voit que l'auteur a puisé aux bonnes surces; il ne faudrait pas en conclure cependant que le mémoire de M. Legros n'est qu'une élégante compilation. L'Académie reconnaît que l'auteur est en progrès, bien que le procédé opératoire préconisé par lui ait été déjà mis en pratique. Quant au second mémoire distingué par l'Académie, celui de M. Bertholle, il a plus d'un point de contact avec le mémoire de M. Legros, puisqu'il traite *des corps étrangers dans les voies aériennes.*

L'Académie trouve qne M. Bertholle a pris son sujet de moins haut que M. Legros; mais il est entré dans des détails pleins d'intérêt. Après avoir recueilli et analysé 129 observations, M. Bertholle usant de documents qui lui sont propres, a donné, comme l'a dit M. Huguier, une description dogmatique des plus complètes.

L'Académie ne pouvait laisser sans récompense les efforts de ces deux praticiens; elle ne décerne pas cette année le prix Godard, mais elle accorde à M. le docteur Legros (d'Aubusson) une récompense de la valeur de 600 francs, et à M. Bertholle une récompense de la valeur de 400 francs,

Vous devez vous rappeler, messieurs, que l'année dernière ce même prix a été remporté par M. Legros (d'Aubusson); cette fois, outre la récompense que nous venons de mentionner, l'Académie vient de lui accorder, à titre de récompense, une somme de 1,000 francs prise sur le prix fondé par M. Barbier; ces trois succès obtenus en deux années semblent en présager d'autres. Qui sait?

On dira peut-être un jour de M. Legros (d'Aubusson) ce que l'Académie royale de chirurgie avait dit du chirurgien Lecat, de Rouen. Lecat remportait tous les prix ; on alla jusqu'à lui conseiller de ne plus concourir pour ne pas décourager ses compétiteurs !

Messieurs, l'Académie a eu cette année, comme les années précédentes, à récompenser les médecins qui se sont distingués par leur zèle, quelques-uns même par leur dévouement dans les services publics dont ils étaient chargés. Ces services publics sont au nombre de trois : pour les uns, c'est le service des vaccinations et des revaccinations ; pour les autres, c'est le service des épidémies ; pour d'autres enfin, le service des eaux minérales. Les trois commissions permanentes, instituées dans le sein de l'Académie ont pris connaissance de tous les faits, et il a pu en être rendu compte à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics. Pour le service de la vaccine, l'Académie avait trois sortes de récompenses à décerner, sauf la sanction de M. le ministre : un prix qui pouvait être partagé, des médailles d'or et des médailles d'argent. M. Depaul, directeur général de ce service, a mis l'Académie en mesure de décerner ces récompenses, et il l'a fait après une appréciation à la fois sévère et éclairée. M. Depaul a fait plus : revenant sur quelques faits graves dénoncés en d'autres temps à l'Académie, il a fait présager des mesures qui, tout en rassurant les familles, maintiendront les propriétés de la vaccine.

M. de Kergaradec, de son côté, après avoir consciencieusement exposé les services rendus par les médecins des épidémies, a mis également la compagnie en mesure de récompenser le vrai mérite.

M. Pidoux, enfin, avec cette ardeur de travail qu'on lui connaît, nous a donné un brillant exposé des principes que l'Académie s'est réservé de soumettre à une discussion approfondie ; puis, comme il est initié lui-même, par la nature de ses fonctions, à tout ce qui concerne le service des eaux minérales, il en a fait un tableau aussi exact que complet ; c'est surtout au point de vue de la thérapeutique qu'il la considère, et c'est à ce point que l'Académie a pu apprécier les services rendus par MM. les inspecteurs des établissements d'eaux minérales.

Nous venons de vous dire, messieurs, quelles ont été les récompenses que l'Académie a décernées dans le cours de l'année qui vient de s'écouler ; vous le savez, ce n'est qu'après de mûres et consciencieuses délibérations qu'elle a porté ces jugements. Lorsqu'il s'est agi d'ouvrages dont les auteurs lui étaient inconnus, de mémoires inédits, elle a dû presque entièrement s'en rapporter aux

commissions très-compétentes qu'elle avait instituées, et qui d'ailleurs lui avaient clairement exposé les motifs de leurs préférences; mais lorsqu'il s'est agi d'ouvrages déjà publiés et d'auteurs connus, l'Académie a dû se livrer à de longues discussions; elle l'a fait dans des séances particulières, loin de toute pression, *sine studio et ira*, s'inquiétant fort peu de capter la bienveillance de quelques auditeurs plus ou moins intéressés, d'obtenir enfin cette *aura popularis*, qui ne dure qu'un moment : confiante dans l'équité de ses jugements, elle les livre aujourd'hui à la publicité. Assurément elle n'a pas la prétention de contenter tout le monde; elle a vu plus d'une fois, comme toutes les sociétés savantes, ses jugements devenir l'objet de réclamations, mais elle a dû distinguer : parmi les mécontents, il en est qu'elle a regretté elle-même de ne pouvoir récompenser, ce sont ceux qui ayant presque atteint le but proposé par elle, se sont vus éliminés par les rigoureuses prescriptions des testateurs; il en est d'autres que l'Académie ne s'est pas senti le courage de blâmer, qu'elle a même jusqu'à un certain point approuvés, ce sont ceux qui par la publication de leurs œuvres en ont appelé de ses décisions au public médical, qui ont placé leurs travaux en regard de ceux qu'elle avait couronnés. Ceux-ci, je ne crains pas de le dire, ont fait preuve de courage, d'intelligence et de bonne foi; et l'Académie, qui ne craint pas ces appels, les a vus sans regret s'engager dans cette voie. Mais il était réservé à l'année qui vient de s'écouler d'en voir un, un seul il est vrai, mais enfin d'en voir un, suivre une tout autre marche. Celui-ci, pour faire juger ce qu'il appelait son différent avec l'Académie, pour faire décider une question de science, pour mettre hors de doute l'excellence de ses œuvres et sa supériorité sur tous ses compétiteurs; celui-ci en a appelé d'abord au tribunal de première instance du département de la Seine, puis à la Cour impériale.

L'Académie, messieurs, est loin de s'en plaindre, jamais pareil hommage n'avait été rendu aux sociétés savantes par cette haute magistrature qui est l'honneur du pays : ici, messieurs, tous les corps savants étaient en cause; nous ne parlerons pas des prétentions du candidat, nous ne dirons pas non plus comment il a été, en termes de Palais, débouté de toutes ses demandes. Mais nous croyons qu'il est bon de rappeler ici ces beaux considérants de la Cour impériale, qui établissent d'une manière si claire et si nette les droits des sociétés savantes lorsqu'il s'agit de juger les œuvres de l'esprit et de décerner des récompenses.

Comme premier considérant, la Cour établit *qu'en donnant à une*

Société savante (on voit que ceci ne s'applique pas seulement à l'Académie de médecine) *la mission de distribuer des encouragements et des récompenses, un testateur lui accorde une confiance dont la pensée doit dominer l'exécution de l'acte testamentaire.* N'admirez-vous pas, messieurs, avec quelle hauteur de vues et quel heureux choix d'expressions la Cour montre que c'est l'esprit et non la lettre qui doit dominer dans l'exécution des clauses testamentaires !

Sans doute, il y a ici des conditions à remplir, des règles à observer, soit pour admettre des candidats à un concours, soit pour apprécier leurs œuvres ; mais qui pourra en décider ? qui pourra résoudre ces difficultés ? La Cour impériale ne laisse aucune incertitude, aucun équivoque : *Les conditions d'admission des prétendants à l'examen*, dit-elle, *comme l'examen lui-même, appartiennent sans contrôle au corps savant institué à cet égard juge souverain.*

Ainsi, messieurs, les corps savants sont à cet égard juges souverains et souverains absolus, souverains sans appel. Que s'il restait quelque doute à ce sujet, le second considérant le dissipe en deux lignes.

Les prétendants, y est-il dit, *n'ont jamais le droit d'en appeler de ces décisions devant la justice ordinaire.*

Et qui dit cela ? c'est la justice ordinaire elle-même, c'est elle qui dit à tout prétendant : Vous en avez appelé par devers nous des décisions de l'Académie ; eh bien, vous n'avez pas ce droit, nous ne pouvons le reconnaître en vous.

Est-ce à dire pour cela que personne au monde n'ait le droit de contrôler les actes des corps savants en ce qui concerne l'exécution des actes testamentaires ? Non assurément, Messieurs, il est des clauses testamentaires que les corps savants doivent observer ; mais ici il faut distinguer la nature des actes et les qualités des personnes qui viennent en demander compte, et cette distinction se trouve ici très-judicieusement établie par la Cour. *Si*, dit-elle, *les héritiers de l'auteur de la libéralité peuvent, comme ses représentants, surveiller l'exécution du testament, il n'en est pas de même de tout individu qui se présente pour obtenir un des prix, et qui, pour ce fait, entendrait avoir le droit d'intervenir dans l'exécution d'un acte qui lui est étranger, tant que son droit à la récompense n'a pas été reconnu.*

Nous n'insisterons pas davantage, messieurs, sur cet épisode de l'histoire de nos concours ; nous dirons seulement que l'année a été heureuse pour l'Académie, non pas seulement à cause de ce

procès qui aurait passé inaperçu, si les tribunaux ne lui avaient donné un intérêt, général en fixant des points de jurisprudence académique, et en reconnaissant la souveraineté de tous les corps savants dans le jugement des œuvres qui leur sont soumises et dans la distribution des récompenses ; mais une voix partie de la plus haute tribune de l'empire, de la bouche de celui qui était le chef suprême de la magistrature, est venue rendre à l'Académie le plus éclatant hommage, nous voulons parler du Sénat et de M. le procureur général Dupin. Quelques partisans ignorés, nous ne dirons pas d'une doctrine médicale, nous n'en trouvons pas même les éléments, mais d'une pseudo-science, s'étaient avisés de venir distraire un moment le Sénat de ses graves occupations ; un savant, qui est une des gloires du pays, M. Dumas, dans un discours qui restera comme un modèle de haute raison et de fine plaisanterie, avait tout d'abord réduit à leur juste valeur les prétentions de ces demi-savants, et c'est alors que M. Dupin fit entendre ces nobles paroles, qui pour lui, hélas ! devaient être les dernières, *novissima verba*, dans cette grande assemblée. Sans entrer dans les détails d'une théorie aussi absurde dans ses conceptions que funeste dans sa pratique, l'éminent orateur rendit à l'Académie ce haut témoignage d'estime qui restera dans la mémoire de tous. M. Dupin connaissait nos travaux, il savait que l'Académie n'avait jamais voulu descendre jusqu'à discuter ce qui ne peut être discuté, ou plutôt ce qui est indigne de toute discussion ; aussi, et sans examiner quel compte moral on devait tenir des prétendus novateurs : « Je nôte rien, s'écria-t-il, à l'estime qu'ils peuvent mériter individuellement, mais je revendique hautement une profonde considération pour les pères de la médecine et de la chirurgie françaises, qui constituent, je ne crains pas de le dire, le premier corps médical savant de l'Europe. Eh bien ! messieurs, reprit l'illustre orateur, l'Académie de médecine n'a jamais pu prendre au sérieux une pareille doctrine. »

Messieurs, je disais tout à l'heure que l'Académie doit peut-être quelques remerciements au compétiteur qui l'a fait comparaître en Cour impériale, puisque cette démarche lui a valu les remarquables considérants que j'ai cités plus haut. Je pourrais ajouter ici qu'elle devrait aussi remercier ceux que M. Dupin a désignés sous le titre de tels et tels, puisqu'ils lui ont valu une aussi haute marque de considération.

Pour moi, messieurs, lorsque j'ai lu ces mémorables paroles, lorsque j'ai vu qu'elles ont été couvertes d'applaudissements par le Sénat, je me suis senti fier, je l'avoue, d'appartenir au corps qui

les a inspirées. J'y ai vu, et vous y verrez sans doute avec moi, la plus belle et la plus désirable récompense de nos travaux.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement de l'anthrax.

Par M. le docteur P. Tillaux, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

A propos d'un fait remarquable communiqué à la Société de chirurgie par M. Broca, plusieurs membres de la Société ont fait connaître leur opinion sur le traitement de l'anthrax, principalement sur l'anthrax malin, de celui qui s'accompagne de phénomènes généraux intenses et détermine parfois la mort; les lecteurs du *Bulletin* ne seront peut-être pas fâchés de lire un petit résumé de cette discussion.

Un des accidents de l'anthrax, accident rare il est vrai, est la phlébite des veines de la région; cette phlébite peut s'étendre et donner lieu à une infection purulente.

Dans le cas de M. Broca, un malade de son service, atteint d'un anthrax très-étendu de la nuque, présentait les symptômes de l'infection purulente, un très-grand abattement, mais une parfaite intégrité de l'intelligence; les urines n'étaient pas sucrées.

A l'autopsie il trouva dans la cavité arachnoïdienne une quantité notable de sérosité, une phlébite suppurée du pressoir d'Hérophyle et des deux sinus latéraux. Il y avait dans ces conduits du pus en nature, et la limite de la phlébite était marquée par l'arrivée de la veine mastoïdienne de chaque côté.

Pendant la vie, la protubérance occipitale était à nu; sur la coupe qui fut pratiquée, on put s'assurer que toutes les cellules osseuses qu'elle renferme étaient remplies de pus. En pénétrant par l'une d'elles, le stylet s'enfonçait à plusieurs millimètres de profondeur. Il sembla évident que la phlébite s'était propagée par l'un des sinus du diploé.

Il y avait des abcès multiples dans le poumon.

La conduite des chirurgiens n'est pas la même dans les cas d'anthrax malin. En présence de l'insuccès des moyens employés, M. Broca a fait les réflexions suivantes :

Il y a longtemps que, frappé de la gravité de certains anthrax, j'ai eu la pensée qu'il conviendrait peut-être de se comporter à leur

égard comme pour les tumeurs malignes, de les extirper ou de les détruire. Cela deviendra peut-être de la chirurgie rationnelle. Mais si je n'ai pas encore obéi à mon idée, c'est qu'il est bien difficile de prévoir ce que deviendra un anthrax donné. Il n'en est pas moins certain que ceux qui se propagent, se propagent à la fois en profondeur et en surface; l'inflammation qu'ils déterminent et a suppuration qui en résulte glissent à travers les couches musculaires, les infiltrent sourdement et arrivent jusqu'aux os. C'est une marche analogue à celle des phlegmons diffus, sauf l'acuité. Ce qu'il y a de mieux à faire est de pratiquer des incisions multiples et profondes, c'est d'enlever chaque jour, jusque dans le vif, les détritus celluleux qui remplissent la cavité de l'anthrax.

La méthode proposée par M. Broca est radicale, il est vrai, mais bien difficile à exécuter. Comment songer à enlever avec le bistouri un anthrax volumineux du dos, de la nuque, de la main, de la lèvre, etc.? La limite n'est jamais franchement accusée, et pour la dépasser, ce qui est utile, un délabrement énorme serait indispensable. Pour répondre au but que se propose M. Broca, je préférerais les applications de lamelles de pâte de Canquoin, à la manière de M. Follin.

L'expérience a depuis longtemps démontré que le meilleur moyen de s'opposer à la marche progressive de l'anthrax, de diminuer rapidement les douleurs atroces qu'il provoque, consistent dans les incisions multiples.

On les pratique de deux façons : ou bien à ciel ouvert, c'est la règle générale; ou bien sous la peau, c'est une méthode nouvelle imaginée par M. A. Guérin.

1° *Incisions à ciel ouvert.* — Il suffit ordinairement de faire une incision cruciale, en ayant soin de dépasser les limites de l'inflammation. Toutefois, M. Velpeau ne la trouve pas suffisante dans la plupart des cas.

Dans les anthrax, dit-il, tels qu'on les rencontre le plus ordinairement, il y a longtemps que j'ai remarqué que l'incision cruciale est insuffisante. Je préfère une multitude d'incisions (quinze, vingt, trente, quarante). En général, ces incisions doivent être faites du centre à la circonférence de la partie malade. Il faut de plus qu'elles dépassent cette circonférence d'au moins 2 centimètres et qu'elles comprennent toute l'épaisseur des tissus enflammés. La distance qui les sépare doit être environ de 2 centimètres. Il est bien entendu que ce traitement local ne dispense pas des moyens dirigés contre les accidents généraux. Si les malades redoutent beaucoup la dou-

leur, on peut les soumettre aux inhalations d'éther ou de chloroforme, à moins de contre-indications formelles.

Ce traitement local par les *incisions multiples, suffisamment profondes et étendues*, a le plus souvent pour effet d'arrêter la marche envahissante de la maladie. On recouvre ensuite toute la région de cataplasmes un peu épais.

Je répète qu'il est très-important que les incisions dépassent les limites apparentes du mal. Cela me paraît tellement la chose capitale, qu'il m'est arrivé plusieurs fois d'inciser seulement ces limites et leurs environs; j'ai pu ainsi obtenir la guérison.

M. Boinet a naturellement songé à traiter les anthrax par la teinture d'iode. Il pense même en avoir ainsi obtenu plusieurs fois l'avortement.

Dans l'anthrax confirmé, après avoir fait les incisions multiples recommandées par M. Velpeau, il verse sur toutes les surfaces mises à nu de la teinture d'iode caustique, dans le but d'éviter l'absorption purulente et putride en fermant, pour ainsi dire, les orifices veineux.

Nous partageons complétement l'opinion de M. Boinet, surtout dans les cas signalés par M. Follin, c'est-à-dire lorsque les incisions multiples, profondes jusqu'à l'aponévrose, ne déterminent que peu de changements dans l'état local de l'anthrax; la teinture d'iode est alors un modificateur puissant dont l'emploi ne peut présenter que des avantages, car nous ne pensons pas qu'elle mortifie incessamment les aponévroses sur les endroits du corps dépourvus de graisse, ainsi que l'a dit M. Giraldès.

M. Forget, qui a eu l'occasion de traiter un certain nombre d'anthrax, a nettement indiqué le meilleur mode d'application de la teinture d'iode, en rapportant le fait suivant :

Un malade présentait un anthrax étendu de l'occiput à la septième vertèbre cervicale, allant d'une épaule à l'autre et limité sur les côtés du cou par les muscles mastoïdiens; il offrait un gonflement considérable et donnait au toucher un bruit de crépitation caractéristique de l'infiltration des gaz au sein des tissus suppurés et sphacélés.

En présence de ce vaste foyer de gangrène et d'inflammation, je fis ce que j'avais fait dans des circonstances analogues : convaincu par expérience que souvent la mort des malades dans cette période de la maladie a lieu par intoxication due à la résorption des éléments putrides, si nombreux dans l'anthrax, et convaincu, d'autre part, que le meilleur antiputride est la teinture d'iode, comme me l'ont démontré de nombreuses expériences faites avec M. Duroy

sur des liquides physiologiques et pathologiques, j'incisai largement et crucialement ce vaste foyer, j'en retirai tous les flocons de tissu cellulaire à l'état de purulence et de sphacèle, puis je baignai toute la surface de teinture iodée.

Tant que des tissus sphacélés sont encore dans la plaie, je renouvelle les lotions iodées; j'ai soin que celle-ci en contienne toujours, et je m'assure de la présence de l'iode en plongeant dans les produits excrétés un linge amidonné qui bleuit à leur contact.

Il est bien entendu que je cesse l'application de la solution iodée dès que la plaie, débarrassée entièrement des éléments septiques, est en voie de cicatrisation régulière.

Grâce à cette médication, je n'ai pas encore vu un seul des malades qui y ont été soumis être atteint des accidents de résorption. Dans mes souvenirs, ne voulant tenir compte que des grands anthrax, j'en trouve cinq qui ont bien guéri par cette médication.

Pourra-t-on aussi, comme le prétend M. Boinet, faire avorter l'anthrax à sa période aiguë ou de développement à l'aide de ce moyen? Pour ma part, je ne le crois pas; et j'ai à cœur de bien établir les indications spéciales auxquelles j'ai appliqué la solution iodée au traitement de cette maladie.

2° *Incisions sous-cutanées.* — M. A. Guérin a imaginé cette méthode sur l'avenir de laquelle nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer, car elle n'a guère été employée jusqu'alors que par son auteur. Voici comment M. Guérin l'a exposée lui-même :

Comme tout le monde, j'ai pu constater les avantages des grandes incisions, mais j'ai eu aussi l'occasion d'observer les inconvénients qu'elles présentent. Un des plus fréquents est, sans contredit, l'infection purulente. Or, personne ne peut nier qu'elles ne multiplient les portes d'entrée aux éléments putrides et purulents, surtout quand on a affaire à ces tissus lardacés qui maintiennent béants les orifices veineux. Pour cette raison, et aussi parce qu'il ne me paraît pas nécessaire de faire porter le débridement sur la peau, j'ai eu recours à un procédé différent de celui généralement usité; je me suis contenté de faire des incisions multiples sous-cutanées. En ménageant ainsi la peau, je laisse une suface d'absorption moins grande; je diminue l'abondance de la suppuration, et enfin je cause moins de douleur au moment de l'opération. Ces trois considérations m'ont paru suffisantes pour recommander la méthode que je préconise, et, depuis dix ans que je l'emploie, j'ai toujours vu cette opération, d'ailleurs peu douloureuse, faire cesser immédiatement l'étranglement des tissus sous-cutanés. Ce manuel opératoire n'est

pas difficile; un simple bistouri un peu long constitue tout l'appareil instrumental, et la seule précaution essentielle consiste à aboutir, au point de sortie, au delà de la partie enflammée. Si on incise assez profondément, on arrête la marche de la maladie, en faisant cesser l'étranglement.

Si nous résumons ce qui précède, nous voyons que :

1° Le meilleur traitement à opposer à l'anthrax malin consiste dans les incisions multiples et profondes, dépassant notablement les limites du mal; l'incision cruciale est insuffisante;

2° Si le foyer présente des détritus gangréneux, on les enlève, puis on touche largement la surface avec la teinture d'iode caustique; on pourra encore appliquer des lames de pâte de Canquoin;

3° M. Broca propose d'enlever l'anthrax avec le bistouri, comme on enlève une tumeur maligne;

4° M. A. Guérin débride à l'aide d'incisions sous-cutanées. Cette méthode n'est pas encore passée dans la pratique; les faits manquent pour la juger, cependant ceux qui sont connus paraissent lui être favorables.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Observations sur les cônes médicamenteux,

Par MM. Deschamps (d'Avallon) et Roumier, docteur en médecine.

Depuis quelques années, les praticiens ont une tendance à multiplier les formules des cônes médicamenteux. On pourrait croire d'après cela, que cette forme pharmaceutique est précieuse pour administrer les agents thérapeutiques, et cependant, il est facile de comprendre qu'on ne peut y avoir recours que dans des cas exceptionnels. En effet, s'il entre dans ces préparations des substances dont les vapeurs sont de nature à rester longtemps interposées entre les molécules de l'air, les cônes produiront une certaine médication, puisque ces vapeurs pourront pénétrer dans les organes respiratoires des malades. Si, au contraire, leur point de condensation est près de leur point de volatilisation, ou bien si les agents employés éprouvent une décomposition plus ou moins parfaite, ou s'ils sont susceptibles de contracter des combinaisons fixes avec les autres substances des cônes, les avantages thérapeutiques de ces préparations sont illusoires et les malades ne peuvent en éprouver du bien-être.

C'est avec l'intention de faire ressortir ces faits, que nous avons entrepris le travail que nous soumettons aux lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique*.

Des cônes iodés.

La formule que nous avons étudiée est celle qui a été publiée par l'un de nous ; elle est composée de :

Charbon léger	50 grammes.
Benjoin	20 grammes.
Baume de tolu	5 grammes.
Poudre de santal	5 grammes.
Azotate de potasse	10 grammes.
Iode	10 grammes.
Mucilage	Q. S.

Divisez en cent cônes. Un contient 10 centigrammes d'iode.

Ces cônes renferment, comme on le voit, des substances fixes à la température ordinaire, et un corps volatil qui, suivant toutes les probabilités, doit abandonner les autres principes constituants pendant la dessiccation des cônes et leur exposition à l'air. Mais on commettrait une grave erreur si on admettait que l'iode se dégage, et qu'il ne reste que des cônes simplement aromatiques ; car, si on enflamme un des cônes qui ont perdu leur iode volatilisable à la température normale, et qu'on expose au-dessus un papier amidonné et humide, en ayant le soin de le placer de manière que sa température ne puisse pas s'élever, on ne reconnaît point la présence de l'iode dans les produits de la combustion qui se volatilisent ; mais si on étudie les cendres, on est surpris d'y trouver de l'iodure de potassium.

Ce résultat nous fit penser qu'il n'est pas possible de préparer des cônes avec de l'iode et de l'azotate de potasse, puisque l'iode, qui ne se volatilise pas pendant leur exposition à l'air, se trouve transformé pendant la combustion, en iodure de potassium, aux dépens de la base de l'azotate ; et que l'on parviendrait peut-être à vaincre cette difficulté en exécutant la formule suivante :

Iodure de cuivre	2gr,50.
Oxyde de manganèse	2 ,50.
Charbon	5 ,00.
Nitre	5 ,00.
Benjoin	2 ,50.
Baume de tolu	0 ,50.
Gomme adragante	0 ,15.
Eau	Q. S.

Pour vingt cônes.

Ces cônes brûlent en dégageant une quantité d'iode suffisante pour une médication; mais une partie de ce métalloïde est transformée en iodure de potassium, et les cônes ne répandent pas tout l'iode qui est contenu dans l'iodure de cuivre : cette expérience vient corroborer les conclusions que nous avons tirées de notre première observation.

Pour nous rendre compte des phénomènes qui se manifestent pendant la combustion des cônes de la première formule, et même pendant leur préparation, nous avons fait les expériences suivantes :

Des cônes privés de l'iode qui peut se volatiliser furent pulvérisés et traités avec de l'eau, de manière à dissoudre tous les principes solubles dans ce véhicule, et le résidu fut desséché; il brûle en dégageant de l'iode.

La poudre ainsi lavée fut soumise un grand nombre de fois à l'action de l'alcool à 90 degrés centésimaux. Nous fîmes d'abord des macérations et des lixiviations, puis de nouvelles macérations, parce que la lixiviation ne permet pas d'épuiser cette poudre, et enfin deux décoctions. Après cela, le résidu fut desséché et brûlé; il abandonna de l'iode.

La solution aqueuse fut évaporée à siccité, et le résidu fut traité avec de l'alcool à 90 degrés centésimaux. L'alcool dissout de la matière résineuse iodée, qui est devenue soluble dans l'eau, de l'iodure de potassium et de l'azotate de potasse, et laisse la gomme et la plus grande partie de l'azotate. Si l'on fait évaporer la solution alcoolique, et si l'on traite le résidu avec de l'eau, cette solution forme de l'iodure de plomb quand on la verse dans un soluté d'acétate de cette base, et de l'iodure de cuivre avec du sulfate de cuivre et du bisulfite de soude.

Si on la concentre, on obtient de petits granules jaunâtres, résineux, très-faciles à séparer et de l'azotate de potasse. Ces granules sont solubles dans l'eau et dans l'alcool ; ils renferment de l'iode. Les cristaux d'azotate, débarrassés de toutes les particules solides qui adhèrent à leur surface, contiennent de l'iode. La solution aqueuse qui transforme l'acétate de plomb en iodure colore l'amidon en rose; mais l'amidon devient d'un beau bleu quand on ajoute de l'acide azotique. L'éther dissout en grande partie le produit de l'évaporation de cette solution, mais il met en liberté l'iode de la matière dissoute : celle qui ne se dissout pas est également iodée.

Les macérés, les lixiviés et les décoctés alcooliques renferment de l'iode.

Quand on triture de l'azotate de potasse, de l'iode et de l'eau, et

quand on abandonne le tout au contact de l'air pour donner à l'iode le temps de se volatiliser, ce sel contient de l'iodure de potassium. En opérant de la même manière avec du benjoin, la résine est iodée. Si l'on fait une pâte avec du charbon, de l'iode et de l'eau, il se volatilise de l'iode pendant la dessiccation ; mais la plus grande quantité de ce corps simple reste intimement unie avec le charbon, et il n'est pas possible de lui enlever entièrement ce métalloïde en le faisant macérer et bouillir un grand nombre de fois dans de l'alcool à 90 degrés centésimaux. Nous savions bien que le charbon avait la propriété de fixer de l'iode, mais nous étions loin de supposer qu'il pût le retenir avec autant de puissance.

On voit, d'après ce que nous venons d'exposer, qu'il est possible de faire des cônes iodés avec du charbon et de l'iode, car cette poudre brûle parfaitement, et que l'on peut y ajouter du benjoin.

Des cônes antiasthmatiques.

Cette formule a été très-vantée, et elle produit, dit-on, des effets thérapeutiques très-ramarquables. Elle est composée de la manière suivante :

Acide arsénieux	1 gramme.
Opium	1 gramme.
Phellandrium	2 grammes.
Jusquiame	8 grammes.
Stramonium	8 grammes.
Belladone	10 grammes.
Benjoin	8 grammes.
Azotate de potasse	20 grammes.
Gomme adragante	2 grammes.
Eau	Q. S.

Pour dix cônes.

C'est *à priori* et *à posteriori* une très-mauvaise formule. Les plantes stupéfiantes sont décomposées par la température qui se développe pendant la combustion, l'acide arsénieux passe à l'état d'arséniate de potasse, et cette préparation ne peut, en aucune manière, produire une action thérapeutique. Tout, dans ces cônes, est réuni pour faire une expérience toxicologique appliquée à la recherche de l'arsenic ; une expérience des plus élégantes, des plus concluantes ; une expérience qui pourrait être exécutée avec sûreté dans des recherches de médecine légale : poison à conserver, matière organique à détruire, trente-neuf fois plus abondante que l'arsenic, corps comburant

Pour vérifier les faits que nous avançons, il suffit de faire bouillir

le charbon dans de l'eau : il se dégage de l'ammoniaque ; de saturer le liquide filtré avec de l'acide chlorhydrique ; d'introduire le liquide dans un flacon ; de laisser refroidir ; d'y ajouter de l'acide sulfhydrique, de boucher, d'agiter, et d'abandonner le tout, parce que le liquide contient de l'acide arsénique. L'arsenic se dépose à l'état de sulfure. Il est probable qu'il se forme des composés cyaniques pendant la combustion. Nous en avons toujours trouvé lorsque nous avons calciné des matières azotées dans des conditions semblables ou à peu près semblables.

Il ressort des faits consignés dans cette note, que les cônes ne sont pas des préparations pharmaceutiques aussi importantes qu'on le croit généralement ; et que les auteurs doivent, avant de publier leurs formules, étudier les cendres que les cônes laissent après leur combustion, s'ils ne veulent pas avancer des faits opposés à la vérité, ou se tromper sur leurs propriétés thérapeutiques.

C'est l'étude de cette dernière formule qui nous a engagé à entreprendre un travail sur les cônes. Un jour nous reviendrons sur cette question, si cela est nécessaire.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du nitrate d'argent dans la paralysie générale progressive avec ou sans aliénation.

Par M. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants malades.

Depuis la publication, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, des recherches de Vunderlich et de Charcot sur la guérison de certaines paraplégies par le *nitrate d'argent*, ce médicament a été souvent mis en usage par les médecins dans les névroses. Depuis trois ans M. Bouchut l'a employé sur quatre personnes atteintes de paralysie générale, et il dit en avoir obtenu *une amélioration* assez réelle pour qu'on soit autorisé à l'imiter. La paralysie générale est, d'ailleurs, si variable dans ses formes, qu'il est permis de croire que ce qui ne réussit pas d'une façon constante peut trouver des cas moins réfractaires. C'est d'ailleurs ce qu'on a vu dans la paraplégie et dans l'ataxie locomotrice traitées par les sels lunaires. Aussi, sans proposer le nitrate d'argent comme le moyen de guérir la paralysie générale progressive, ce qui serait prématuré, disons que ce médicament peut arrêter la marche des accidents et en retarder l'évolution.

Dans un cas, le nitrate d'argent n'a rien produit, et, dans les trois autres, le mal a été arrêté au bout d'un mois. L'un a été complétement guéri pendant un an, mais une rechute causée par de nouveaux excès a fait reparaître les accidents. L'autre a été complétement guéri de sa paralysie générale progressive, mais il lui est resté de la démence, et le troisième a été amélioré dans ses accidents cérébraux et paralytiques.

Au reste, voici ces trois observations, telles que nous les empruntons au Traité de M. Bouchut : *Sur le diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie* (¹).

Obs. I. *Paralysie générale progressive. — Nitrate d'argent. — Guérison pendant un an. — Cessation des remèdes et rechute à la suite de nouveaux excès.* — Un jeune homme âgé de trente-cinq ans, M. R***, venait de dissiper une grande partie de son patrimoine, en faisant deux fois le tour du globe, au milieu de toutes les folies et de tous les excès. Il venait de séjourner quelques mois à Bourbon où il s'était livré à de fréquents excès vénériens, buvant beaucoup, fumant encore plus, car il consommait de quinze à vingt pipes de tabac et quelques cigares tous les jours. Ce fut sa vie pendant plusieurs années ou à peu près. Parti de Bourbon, il revint en France, et à bord du navire il fumait avec la même exagération. Arrivé à Sainte-Hélène, il commença à sentir de la faiblesse dans les membres inférieurs, et à éprouver de l'embarras pour exprimer sa pensée. Deux mois après, il était à Paris, et, au troisième mois, son médecin, le docteur Moutier me l'envoyait dans mon cabinet.

Quand je l'examinai pour la première fois, ce fut le 3 août 1863, il était dans l'état suivant : Embonpoint médiocre, visage rose, bien coloré, offrant les apparences de la constitution sanguine. — Nul antécédent de folie dans la famille.

Tête lourde, avec douleurs fréquentes à la région frontale, vision un peu troublée, pupilles inégalement dilatées, intelligence confuse, perte de la mémoire, pas d'hallucinations, tremblement de l'œil et de la langue, embarras considérable de la parole, allant presque jusqu'au bégayement, et quelquefois impossibilité absolue de prononcer un mot. Dans quelques cas, le malade voulant dire quelque chose, prononce un mot pour un autre et ne peut pas se rectifier, malgré les efforts qu'il fait pour se corriger.

Les jambes tremblent beaucoup, le malade marche en trébuchant

(¹) Un volume avec atlas de 24 planches. (Germer Baillière.)

et en fauchant avec les pieds; il ne se tient qu'avec une canne et ne peut se fixer sur un seul pied, il ne peut monter ni descendre sans aide, crainte de tomber, ses mains tremblent également, et il serre avec peine ce qu'on lui dit de prendre.

Constipation modérée, pas d'incontinence ni d'impuissance.

La sensibilité est intacte, et nulle part il n'y a d'engourdissements ou de fourmillements à la peau.

Battements du cœur naturels, pas de souffle dans les vaisseaux.

Les digestions sont en bon état.

Prescriptions : Nitrate d'argent, 3 centigrammes par jour, en trois pilules. — Cesser de fumer. — Dix ventouses sèches tous les jours, le long du dos, sur la colonne vertébrale. — Bains sulfureux tous les jours.

Le 14 septembre suivant, c'est-à-dire au bout de six semaines, le malade revient me voir. A son aspect, et dès le premier mot, je fus surpris de l'amélioration obtenue. Il marchait avec aisance, sans hésitation, et pouvait se tenir sur un seul pied. Lui, qui ne pouvait monter un escalier qu'avec peine et au moyen de la rampe, il monte sans aucun aide et il ne tremble plus. La mémoire est revenue, et il parle sans bégayer, ne conservant qu'une faible hésitation, peu appréciable. Sa langue et ses yeux ne tremblent plus; les mains sont plus assurées, et il serre avec force ce qu'on lui donne à prendre.

La vision est toujours un peu meilleure à droite qu'à gauche, et aujourd'hui les pupilles sont également dilatées.

Un liséré bleuâtre, mince, commence à se montrer sur les gencives.

Nitrate d'argent, 4 centigrammes par jour.

Dix ventouses sèches.

On cesse les bains sulfureux.

30 octobre, même état. 5 centigrammes de nitrate d'argent par jour, en deux fois.

31 octobre. A droite, papille étroite, vaisseaux normaux, pigment peu considérable.

A gauche, papille étroite, bords un peu noyés, excavation centrale du nerf optique, dépôt considérable de pigment.

Paralysie générale.

1864. En avril, le malade va beaucoup mieux, il marche bien et n'a plus de paralysie, ni d'embarras de la parole. Son médecin, M. Moutier, m'écrit de Montargis qu'il est en très-bon état.

Au mois de juin 1864, il était à Paris, se promenant à pied au bois de Boulogne, où je le rencontrai avec un de ses amis. Je fus

surpris de sa force, de la liberté de ses mouvements et de la netteté de son langage. Sa guérison était complète. — Après un an de cet état prospère, il fut tout à coup pris d'idées de grandeur et de fortune imaginaire, sa raison se troubla, et sans que l'on ait essayé de revenir à la médication lunaire, il a été enfermé à Orléans.

Réflexions. — Chez ce malade, le nitrate d'argent a eu un merveilleux effet sur la paralysie progressive. Non-seulement il a arrêté la marche des accidents paralytiques, mais il les a fait disparaître entièrement, et comme l'intelligence n'était pas encore atteinte, la guérison a été complète pendant un an. — Bien que dans la paralysie générale progressive il y ait quelquefois des rémissions dans la marche des phénomènes, je ne crois pas que cela puisse jamais aller jusqu'à une guérison absolue, et le bien-être signalé chez M. R*** me paraît devoir être attribué à l'emploi du nitrate d'argent. — Malheureusement, les recommandations que j'avais faites au sujet de l'éloignement de tout travail et de tout excès pendant deux ans n'ont pas été suivies, et, un an après sa guérison, M. R***, en proie à un accès de folie ambitieuse, devait être interné dans une maison de fous.

OBS. II. *Paralysie générale progressive avec aliénation. — Nitrate d'argent. — Guérison de la paralysie, mais pas de la folie.* — M. de B***, âgé de quarante-cinq ans, n'ayant pas d'antécédents d'aliénation de famille, a été frappé il y a dix ans, d'un coup de sang, dont il s'est rétabli en quelques jours. Huit ans plus tard, sa parole s'est embarrassée, il bégayait beaucoup, et en même temps, il fut pris d'un tremblement des mains et d'une incertitude de mouvement des membres inférieurs, qui le faisait trébucher et gênait beaucoup sa marche. Sa mémoire diminuait, et on pouvait constater une notable diminution de l'intelligence. Toutes les fonctions animales s'exécutaient bien. On lui donna des soins sans résultat, et quand je le vis en 1862, il était dans l'état suivant :

Mémoire affaiblie, intelligence obtuse, caractère doux, langage embarrassé par un bégayement très-prononcé, dû au tremblement de la langue et à l'impossibilité de trouver le mot propre ; vision assez nette, pupilles inégalement dilatées, tremblement de l'œil, qui ne peut fixer longtemps un objet ; point de céphalalgie ni de troubles de l'audition ou de la sensibilité tactile.

Les mains sont fort tremblantes, et la peinture à l'huile, passe-temps favori du malade, est impossible ; l'écriture est incertaine, mais il n'y a pas d'amyosthénie, le malade pouvant serrer avec une force égale au moyen de ses deux mains.

La marche est difficile, par suite du tremblement des membres inférieurs, et surtout des genoux. La station sur un pied est impossible.

Toutes les fonctions se font d'ailleurs très-bien.

Prescription : Iodure de potassium, 2 grammes par jour ; deux pilules purgatives de Clérambourg.

Au bout d'un mois, l'état était le même, et le malade partit à la campagne, où il eut une congestion cérébrale. Le docteur Millet (de Tours) lui mit un séton à la nuque et ordonna 5 centigrammes d'aloès par jour.

Au mois de décembre 1862, à l'époque du retour à Paris, l'état de la paralysie ayant augmenté, je changeai la prescription et j'ordonnai du nitrate d'argent, à 2 et 4 centigrammes par jour.

Quinze jours après, la paralysie avait disparu, il n'y avait plus d'embarras de la parole, de tremblement des mains ni des membres inférieurs, et l'écriture correcte était aussi facile que la marche s'était assurée.

L'intelligence seule ne participa pas à l'amélioration des fonctions motrices ; la mémoire restait infidèle, la raison défaillante, et dans son langage, le malade prononçait encore un mot pour un autre. — On supprime le séton en continuant le nitrate d'argent à faible dose, 1 centigramme par jour.

Au mois de mai 1863, les choses étaient dans le même état, lorsqu'il se produisit une violente congestion cérébrale, caractérisée par de l'agitation, et des violences de caractère, par l'oubli des personnes qui l'entouraient, même de sa femme et de sa fille, qu'il regardait comme des étrangers, enfin, au bout d'une heure, par une perte de connaissance complète, avec convulsions épileptiques générales de la face et des membres, cyanose, écume à la bouche et strabisme très-prononcé.

Une saignée fut faite ; la connaissance revint ; mais le malade ne savait pas à qui il avait affaire, et il resta ainsi vingt-quatre heures, se croyant entouré d'étrangers.

Un séton fut réappliqué au cou, et dix ventouses sèches appliquées chaque jour le long du dos ou des cuisses.

Quand le malade eut recouvré ses sens, il n'était pas plus paralysé qu'avant son attaque, et l'intelligence seule paraissait plus affaiblie. On lui permit de se lever, de manger et de sortir dans le jardin.

Au mois d'août 1863, nulle paralysie de la langue ou des membres. L'intelligence disparaît tous les jours de plus en plus avec la

mémoire. Il ne tient à rien, connaît à peine sa femme, ne caresse point sa fille, mange comme une brute, avec voracité, dévaste le jardin, dit des obscénités, voudrait en faire, mais il reste facile à conduire, et il obéit aux premières injonctions. Pour la première fois, il a eu des hallucinations de l'ouïe, au sujet d'une de ses amies, dont il a cru entendre la parole; mais cet accident a été court et n'a pas eu de suites.

On élève de nouveau la dose de nitrate d'argent de 2 à 4 et 5 centigrammes, non pour la paralysie musculaire qui a disparu sans retour, mais pour essayer d'agir sur l'intelligence, qui ne revient pas, et sur la mémoire, qui reste toujours infidèle.

Au mois de janvier 1864, l'état est le même, la guérison de la paralysie se maintient, mais l'affaiblissement intellectuel ne disparaît pas.

5 centigrammes de nitrate d'argent.

Le remède est bien supporté, ne provoque pas de gastralgie ni de diarrhée. On remarque sur les gencives une coloration ardoisée, avec un liséré bleuâtre très-prononcé, vers la sertissure des dents. La langue est également bleuâtre, mais la peau ne présente rien de semblable.

Au mois de mai 1864, l'amélioration se maintient; la paralysie n'est pas revenue, l'intelligence est en meilleur état. Le malade cause convenablement, et sa langue ne tremble plus; il ne fait aucun acte d'enfantillage ou déraisonnable, sa mémoire seule est dans un très-mauvais état.

Je supprime le nitrate d'argent en laissant le séton et en donnant un peu d'aconit.

En 1865, l'état est le même, il n'y a plus ni paralysie ni embarras de la langue. Cet état est remplacé par un affaiblissement intellectuel incurable.

Réflexions. — Ici, le nitrate d'argent a eu la plus grande et la plus rapide action qu'on puisse imaginer sur la paralysie générale progressive. Il a fait disparaître en un mois les accidents paralytiques de la langue et des membres, mais il n'a pas été au delà. Son action sur l'intelligence a été complétement nulle.

Obs. III. *Paralysie générale progressive, résultant de l'abus des alcooliques et du tabac.* — *Nitrate d'argent.* — *Amélioration.* — M. de M***, âgé de quarante-huit ans, depuis longtemps adonné au tabac et aux alcooliques, a eu, il y a dix ans une attaque de délirium tremens à l'occasion d'une variole, pour laquelle je lui ai donné des soins. Je l'avais perdu de vue, lorsqu'en 1864 il revint me voir.

Sa démarche était incertaine, et il avait besoin de se soutenir au moyen d'une canne ; ses mains tremblantes l'empêchaient d'écrire correctement, et sa parole était embarrassée ; il bégayait en parlant, mais n'avait aucun trouble de la vision, ni des organes des sens.

Pupilles égales, rien de particulier du côté de la tête.

Traitement. — Nitrate d'argent, 2 centigrammes par jour, pendant deux mois. — Cesser de fumer et de prendre des alcooliques.

Le 10 janvier 1865, M. de M*** revient me voir, bégayant encore un peu, pouvant écrire sans trembler, et ses jambes infiniment plus solides. Il avait pu monter à cheval et patiner.

Nitrate d'argent, 5 centigrammes par jour.

20 janvier. L'état s'améliore, et sauf un certain empâtement de la langue, état normal chez M. de M***, il n'y a plus ni tremblement de la langue, ni tremblement des mains et des membres inférieurs. L'intelligence seule reste affaiblie.

Nitrate d'argent, 10 centigrammes par jour ; pas d'eau-de-vie, de vin ni de tabac.

Au mois de juin de cette année, M. de M*** est dans le même état et quitte Paris pour aller vivre plusieurs mois à la campagne. Sa paralysie est arrêtée, mais l'intelligence laisse toujours à désirer.

BIBLIOGRAPHIE.

La médecine, histoire et doctrines, par M. Ch. Daremberg, bibliothécaire de la bibliothèque Mazarine, professeur chargé de cours au Collége de France.

Voilà un de ces livres qu'on s'empresse de lire, dès qu'on l'a reçu, parce que sur les nombreuses questions qui s'y agitent, on est sûr à l'avance que l'auteur répandra les lumières d'une science sérieuse et d'un esprit judicieux. Bien que plusieurs mois se soient écoulés déjà depuis que nous avons lu l'ouvrage du savant bibliothécaire de la bibiothèque Mazarine, il est une autre impression qu'il a faite sur notre esprit, et qui est encore aussi vive que si nous venions de fermer le livre, c'est l'impression du sentiment profond qu'a l'auteur de la dignité de la science, et qui, tout en laissant à la critique son indépendance, le préserve toujours de ces excès de langage, où se montre bien plus le mépris des hommes que le respect de la vérité. Soyez sûr que la critique dévie, quand elle suit d'autres errements : la vérité est impersonnelle, et plus nous y mê-

lons nos passions, nos mauvais instincts, nos tics d'esprit même, si je puis employer ce mot, plus nous courons risque de la manquer, et surtout de la dénaturer dans l'expression sous laquelle nous nous efforçons de la traduire. Ces réflexions me sont à la fois inspirées et par le livre du savant professeur du Collége de France, marqué d'un bout à l'autre de cette tempérance qui, si elle n'est autre chose, est au moins le signe de l'honnêteté de l'esprit, et par un autre livre où l'auteur lui aussi butine çà et là, dans l'histoire de la science, mais non en abeille qui va de fleur en fleur pour en cueillir le suc le plus délicat, mais en moustique féroce qui pique tout ce qu'il touche, sans merci, comme sans pitié. Que M. Daremberg persiste à marcher dans la voie qu'il a choisie, c'est la bonne; c'est celle qui conduit à la véritable considération parmi les hommes, en même temps qu'elle est celle dans laquelle on marche avec le moins d'insécurité, quand on se propose réellement pour but d'élucider quelque point de la science.

Qu'on lise tout d'abord l'introduction que M. Daremberg a mise en tête de son ouvrage, et qui n'est, à vrai dire, qu'un moyen détourné de dire à quel drapeau il se rallie dans le conflit de deux écoles éternellement rivales, la médecine métaphysique et la médecine proprement dite organique, dont Paris et Montpellier sont bien un peu les échos, mais des échos qui répètent mal ce que les absolutistes prétendent leur faire dire. Les ouvrages publiés récemment par MM. Chauffard, Delioux de Savignac, Trousseau, Béhier, Valette, Marey, etc., sont les principaux travaux, à propos desquels notre judicieux auteur se pose les questions qui sont au fond du conflit dont nous parlions tout à l'heure. Si l'on veut bien se rappeler que nous aussi nous avons analysé d'un trait rapide presque tous ces ouvrages, à cette place même, et que, comme le savant professeur du Collége, bien qu'avec beaucoup moins d'autorité, nous avons touché également à ces questions, on nous permettra de nous féliciter de trouver dans l'ouvrage intéressant de notre si distingué confrère, la confirmation des jugements que nous avons portés. Sans entrer à ce sujet dans des détails que ne comporte pas l'espace restreint dont nous pouvons disposer, qu'il nous soit permis de citer un court passage de l'ouvrage dont il s'agit en ce moment, et qui montre bien l'esprit dans lequel l'auteur veut qu'on traite la médecine, et les intempérances dont il faut bien se garder dans la culture de cette science. « Mon savant confrère, M. Chauffard, dit M. Daremberg, fait une charge vigoureuse contre la philosophie dite positive. Eh bien ! je lui adresserai juste le reproche qu'il dirige contre

cette philosophie. M. Comte a, suivant moi, commis une faute, en transportant son système du domaine des sciences physiques, naturelles et historiques, sur celui de la psychologie, de la métaphysique, de la morale et de la religion ; il a très-souvent raison pour les sciences ; il a presque toujours tort pour le reste : de même M. Chauffard ne me paraît pas dans le vrai, quand il emprunte à la métaphysique des règles de jugement pour la médecine ; c'est se servir pour une opération d'un instrument qui n'y est pas propre. Ceux-là même qui font consister toute la médecine dans les phénomènes, sont bien obligés, à peine de nullité, de rechercher les rapports de cause à effet, et de féconder l'expérience par le raisonnement ; mais les matérialistes qui nient le principe spirituel se servent de l'induction et de la déduction tout aussi bien que les spiritualistes qui croient à la réalité de ce principe. » Cela est incontestable, et c'est incontestable, parce que de quelque façon qu'on comprenne l'intelligence, elle est, et partant elle a ses lois d'évolution logique qui s'appliquent à l'étude des choses, ou conformément à la théorie qu'on s'en fait, ou en dépit de cette théorie, si elle est fausse. Ce que nous disons là, nous le disons uniquement au point de vue de la logique ; car il n'est pas assurément indifférent, même médicalement parlant, d'admettre dans l'homme autre chose que de la matière et des forces qui en relèvent, ou de n'y admettre que cela. Dans tous les cas, nous recommandons aux lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* la lecture attentive de cette introduction du livre : il sort de là partout un enseignement sage, lumineux qui, quand on s'en est bien pénétré, donne de la tenue à l'esprit, et prévient heureusement les défaillances de jugement, dont la pente dangereuse conduit infailliblement les imprudents qui s'y endorment à un scepticisme mortel à la science.

Que j'aimerais à suivre notre savant auteur sur toutes les questions auxquelles il touche dans son intéressant ouvrage, dans tout ce qu'il nous dit sur *la médecine dans les poëtes latins*, où il ajoute encore de curieuses remarques à toutes celles qu'a recueillies le regrettable docteur Menière, et qu'il a consignées dans un livre qu'on n'a point oublié ! Que j'aimerais à suivre encore M. Daremberg dans son étude sur Galien, et la doctrine philosophique du médecin de Pergame ; dans les intéressants commentaires dont il accompagne, en les rajeunissant, des études très-diverses faites par des auteurs contemporains plus ou moins célèbres, sur *Albert-le-Grand, et l'histoire des sciences au moyen âge*, sur *les merveilles du corps humain*, sur *la circulation du sang*, sur *la pathologie générale*, où

il est également traité des devoirs du médecin et de ceux du malade, et où il me permettra de lui signaler une petite lacune, au point de vue au moins des antécédents de cette question, *sur la santé des gens de lettres*, *l'hygiène des malades*, etc.! Sur tous ces points, notre illustre confrère a versé, quoique d'une main discrète, tous les trésors d'une érudition qu'aucune recherche ne lasse, parce que, la lampe du mineur de la science des livres à la main, il a fouillé tous les coins de la science ancienne et moderne, et qu'il s'est ainsi assimilé presque toute la substance du passé et du présent. Mais ne pouvant suivre notre laborieux confrère dans le méandre d'études si diverses, et si attrayantes tout ensemble, qu'on me permette, pour mieux laisser pressentir au moins tout ce qu'il y a de piquant dans ces études, d'appeler surtout l'attention du lecteur sur le morceau, le délicat morceau du livre relatif à Louis XIV, ce roi soleil, devant lequel les plus grands rampaient, ce qui les a peut-être empêchés de le voir tel qu'il fut. En vérité, quand on pénètre avec l'auteur dans l'intimité de cette vie, on ne peut s'empêcher de reconnaître, quelques préjugés qu'on apporte dans cette étude rétrospective, qu'il ne fut pas ce qu'un vain peuple pense : sous la plume sévère, mais vraie de l'honnête professeur du Collége de France, l'apothéose s'est transformée, comme dans une autre circonstance sous la plume de Sénèque, en une véritable apocoloquintose, qui nous paraît infiniment plus près de la vérité. Quoi qu'il en soit à cet égard, et sous toute réserve en ce qui touche à une autre face de l'idole du dix-septième siècle, cette étude originale de M. Daremberg suffirait à recommander son livre à l'attention des médecins. Combien d'hommes, hélas! sont des Louis XIV au petit pied, quand on les pénètre comme on fait ici du fils d'Anne d'Autriche, et qui n'ont pas, pour se justifier, les lâches complaisances de leurs médecins eux-mêmes. Mais c'est dans l'ouvrage de M. Daremberg qu'il faut lire cette féconde et quelque peu désopilante étude, à travers laquelle on voit Molière sourire de son sourire immortel.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Tumeur érectile de la lèvre inférieure. — Huit injections coagulantes. — Insuccès. — Hotel-Dieu de Lyon. Service de M. Delore. — L'observation suivante, loin de publier un succès,

n'apporte qu'un fait de plus pour juger défavorablement une méthode.

Pérousaz (Joséphine), âgée de vingt ans, née à Domessin (Savoie), est d'une forte constitution, d'un bon tempérament et n'a jamais eu aucune maladie.

A sa naissance elle présenta, au centre du bord libre de la lèvre inférieure, une petite tumeur d'un rouge violet, moins grosse qu'une lentille et à laquelle on porta peu d'attention. Elle grossit lentement, mais continuellement; on remarqua surtout qu'elle prenait un volume plus grand au moment des efforts et des cris de l'enfant.

A l'âge de quatorze ans, lorsque s'établit la menstruation, cette jeune fille vit ce qu'elle appelait *son envie* prendre un accroissement assez rapide.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, 23 août 1862, la tumeur est du volume d'une très-grosse amande, elle occupe presque tout le bord libre de la lèvre et fait saillie dans le vestibule de la bouche jusques à la base des gencives. Sa nuance est rouge tirant sur le violet, et quelques points sont tout à fait bleuâtres. Cette coloration apparaît par transparence à travers la muqueuse, qui n'est pas altérée, mais seulement un peu amincie. On la voit aussi sous la peau de la lèvre dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes.

Dans ce point, la peau est très-amincie, mais cependant on n'observe pas de saillie du tissu érectile.

Cette tumeur est réductible par une compression prolongée; son siége est certainement le tissu cellulaire sous-muqueux et sous-cutané de la lèvre, mais le muscle orbiculaire a été envahi en partie par le tissu spongieux; un grand nombre de ses fibres ont été probablement détruites, cependant ce muscle peut encore fonctionner assez pour soutenir la lèvre, fermer la bouche et cacher ainsi la presque totalité de la tumeur; mais si l'on cherche avec le doigt quelle peut être la force de constriction des lèvres, on reconnaît qu'elle est très-faible. On diagnostique une tumeur érectile capillaire avec prédominance de l'élément veineux. M. Delore se propose de la traiter par les injections de liqueur iodo-tannique qui donnent dans les varices des caillots très-rapides, efficaces et d'une grande innocuité.

Le 27 août 1862 on étrangle la tumeur à l'aide d'un compresseur formé par deux arcs métalliques resserrés par une vis de façon à arrêter la circulation dans le tissu spongieux; puis, avec le trocart de la seringue de Pravaz, on ponctionne la tumeur trois fois, et,

chaque fois, on injecte dans son intérieur de la liqueur iodo-tannique : dans la première piqûre, dix gouttes ; dans la deuxième, huit gouttes ; et dans la troisième, six gouttes seulement.

Deux des piqûres ont été faites dans du tissu spongieux, qui n'a laissé sortir par la canule que quelques gouttes d'un sang rouge foncé ; mais la troisième a dû tomber dans une dilatation artérielle, car elle donne un jet continu de sang rutilant.

La canule est enfoncée environ à 1 centimètre de profondeur, le liquide coagulant arrive donc à peu près au centre de la masse érectile, et, après l'injection, il ne s'écoule par les ouvertures que quelques gouttes de sang pur, venant des vaisseaux superficiels perforés par la canule.

Le soir, il y a une légère réaction inflammatoire ; un gonflement local assez considérable s'est produit en trois heures, la lèvre est le siége de douleurs lancinantes et d'une sensation très-incommode de tension et de pesanteur.

Bouillon, applications émollientes, sinapismes aux jambes.

Le 28. Un peu de fièvre. La malade boit avec la plus grande difficulté, à cause du gonflement.

Le 29. La teinte de la tumeur est un peu plus foncée, la réaction générale persiste.

Le 30. On sent dans la tumeur, du côté droit seulement, une induration formée par des caillots coagulés. Des phlyctènes se sont développés sur la muqueuse et sur la peau de la lèvre.

Les jours suivants, le gonflement diminue progressivement, et, quinze jours après l'injection, la tumeur est de nouveau molle, presque complétement réductible. On sent cependant encore le caillot de droite, mais il s'est résorbé en partie. La tumeur paraît un peu moins volumineuse.

Le 23 septembre. On injecte de nouveau, par trois piqûres, de la liqueur iodo-tannique, douze, dix et huit gouttes ; l'on voit revenir le gonflement inflammatoire, la réaction générale, et, deux jours après, l'induration qui indique des caillots. Ceux-ci se résorbent ensuite presque complétement.

Le 27 octobre. M. Delore pratique deux nouvelles injections de 15 gouttes chacune, et l'on voit se dérouler encore toute la série des phénomènes observés les deux premières fois. On n'obtient jamais l'induration complète du tissu érectile ; mais après chaque opération il diminue de volume. Cependant, quelque temps après la résorption des caillots, la tumeur se développe de nouveau et devient turgescente lorsque la malade fait un effort.

Néanmoins on peut dire que le résultat de ces trois opérations a étéfavorable, car, de chaque côté de la production morbide, la partie saine de la lèvre n'était, au moment de l'entrée de la malade, que d'un demi-centimètre environ, et, aujourd'hui, il y a 1 centimètre et demi ou même 2 centimètres entre la tumeur et les commissures labiales.

Mais on a lieu de craindre que la déformation revienne à son état primitif, car, le 29 novembre, le mal a déjà repris un peu de son volume ; on ne sent plus dans son intérieur qu'un caillot du volume d'un pois, qui diminue même assez rapidement en faisant place à du tissu érectile.

Néanmoins la malade quitte l'hôpital. Pour constater le résultat définitif de ce traitement, on a demandé des nouvelles de cette malade, et le 1er août 1865, c'est-à-dire près de trois ans après la première injection, on a appris que le mal s'était assez rapidement reproduit. La tumeur a repris son volume primitif et l'a peut-être même un peu dépassé.

Réflexions. — Lorsque, en 1828, Lloyd eut l'idée d'injecter un liquide irritant dans les aréoles des tumeurs érectiles, il se flattait d'amener leur oblitération sans faire la perte de substance qu'occasionnent les divers procédés d'extirpation. Chez notre malade, cette méthode aurait été de beaucoup préférable si elle eût réussi, car elle n'eût pas déformé le visage et eût évité l'échancrure labiale qui laisse si facilement écouler la salive; d'un autre côté, il était difficile d'enlever la tumeur par un V, comme on le fait souvent pour les cancroïdes, car la lèvre inférieure était presque entièrement occupée, et l'autoplastie n'eût pu se faire qu'en prolongeant les commissures labiales par des incisions qui, chez cette jeune fille, eussent laissé une certaine déformation.

Telles sont les principales raisons qui décidèrent M. Delore à essayer à plusieurs reprises la méthode des injections. Restait le choix du liquide à injecter. Les premières tentatives de ce genre furent faites simplement avec des liquides irritants pouvant amener une inflammation vive, quelquefois de la suppuration, et, en définitive, une oblitération pour ainsi dire vitale des vacuoles sanguines.

Aussi ces liquides sont-ils très-variés dans les différentes opérations publiées jusqu'à ce jour. Les principaux sont : l'éther nitrique mêlé de quelques gouttes d'acide nitrique, le chlorure de chaux, l'alcool (Delpech), la teinture d'iode (Velpeau), le vin (Stanley), l'acide citrique ou acétique (Pétrequin). Dans ces dernières

années, Hogson, Earle et Marjolin ont employé différents liquides amenant une pustulation très-active, tels que le virus vaccin, et, chez les sujets vaccinés, une solution de tartre stibié ou de l'huile de croton.

Mais à côté de cette première série de liquides qu'on peut appeler seulement irritants, amenant toujours de la suppuration et quelquefois la gangrène du tissu, se présente une seconde série de réactifs dont l'action, cette fois, doit être d'abord chimique, et amener la coagulation du sang dans les espaces qui le renferment. Ce caillot, ainsi formé, est bien ensuite soumis à une action vitale d'inflammation et de résorption ; mais la suppuration est habituellement évitée, et lorsque le coagulum se résorbe, on espère voir une rétraction de toute la masse des tissus primitivement vasculaires, qui laisserait ainsi un tissu cellulo-fibreux imperméable au sang, et une guérison sans cicatrice et sans déformation.

Tels sont : le perchlorure de fer, si souvent employé à Lyon, par MM. Pétrequin, Valette et Desgrange, comme liquide coagulant ; l'acide tannique, employé dans une tumeur érectile par le chirurgien anglais H. Valton, mais surtout la liqueur iodo-tannique, introduite dans la pratique par M. Desgrange, de Lyon, pour les injections dans les varices, et que tous les chirurgiens de cette ville ont employée depuis avec la plus grande innocuité. Aussi est-ce la liqueur iodo-tannique qui a été adoptée chez notre malade. Malheureusement le résultat n'a pas répondu aux espérances, et la tumeur est redevenue ce qu'elle était d'abord. C'est probablement à peu près ce qu'on pourrait dire de la plupart des cas de succès publiés pour la méthode des injections dans les tumeurs érectiles. Le plus souvent on a obtenu des succès presque complets, disent les auteurs, d'autres fois des demi-succès, mais il est fâcheux qu'on n'ait pas recherché l'état du malade quelques années après l'opération.

Comme l'a très-bien établi M. Verneuil pour les varices, ces injections coagulantes n'amènent qu'un résultat transitoire, et la circulation se rétablit ensuite dans tous les points temporairement oblitérés. C'est ce qui fait que malheureusement cette méthode ne répond pas à ce qu'elle promettait d'abord, et qu'on doit la considérer plutôt comme un moyen palliatif propre à arrêter quelquefois le développement d'une tumeur érectile que comme un moyen sûr pour en obtenir la guérison radicale. Dr Puollet.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Du traitement du rhumatisme articulaire par les vésicatoires. Jusqu'ici le vésicatoire n'a guère été appliqué dans le rhumatisme articulaire aigu, que vers la fin de la maladie, lorsque les phénomènes généraux ayant cessé et la fluxion inflammatoire paraissant éteinte, il reste dans quelques articulations des troubles (douleurs sourdes, un peu d'hydarthrose), qui tardent à disparaître complétement.

En 1850, M. Dechilly, médecin, à Vaucouleurs, préconisa le premier l'application de larges vésicatoires sur toute l'étendue des articulations pendant la période la plus aiguë de l'affection rhumatismale. C'est ainsi qu'il plaça jusqu'à treize vésicatoires mis en six fois, soit sur des articulations, soit sur des gaînes tendineuses; quatorze observations furent rapportées par l'auteur à l'appui de sa méthode.

Dans un rapport favorable présenté sur le Mémoire de M. Dechilly (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XV, p. 665), Martin Solon cita trois faits où il avait employé ce traitement et obtenu des résultats favorables.

Cependant la méthode fut laissée de côté, et récemment en Angleterre on put considérer la médication dont nous parlons comme nouvelle. Herbert Davies, et avec lui plusieurs autres médecins, proposèrent de traiter le rhumatisme aigu par des vésicatoires appliqués dans le voisinage des jointures malades.

Il est un point sur lequel les auteurs anglais ont insisté, et qui n'avait pas été signalé par M. Dechilly, c'est que le traitement par les vésicatoires aurait le privilége d'empêcher l'apparition ou d'arrêter le développement des complications cardiaques, et cela, parce que l'affection articulaire guérit rapidement.

Le docteur Davies emploie uniquement le traitement local. Les vésicatoires sont appliqués non pas sur la jointure malade, mais auprès d'elle.

La méthode du docteur Davies a été expérimentée à Paris, par M. Lasègue. M. le docteur Fernet vient de résumer ces divers travaux, et de faire connaître les résultats des expérimentations entreprises à l'hôpital Necker.

Voici comment M. Lasègue procède: « Il fait appliquer quelques centimètres au-dessus et au-dessous de la jointure malade, et dès l'apparition de la douleur, une bande d'emplâtre vésicant d'une largeur de 4 à 6 centimètres, et assez longue pour contourner le membre comme un bracelet ou comme une jarretière. Lorsque, comme à l'épaule, il n'est pas possible d'enrouler ainsi le vésicatoire, on circonscrit l'articulation entre deux bandelettes, qui se rejoignent et forment une espèce de cercle irrégulier.

« Le vésicatoire est enlevé au bout de cinq à six heures, qu'il ait ou non soulevé l'épiderme. On le panse avec de la ouate, sans aucune substance topique, et le pansement définitif n'est pas renouvelé.

« Les expériences ont porté sur une série de rhumatismes qu'on peut décomposer en trois types :

« 1° Rhumatisme articulaire subaigu, avec douleurs moyennes, fièvre peu intense datant d'un petit nombre de jours;

« 2° Rhumatisme articulaire aigu, de date également récente, avec tout l'appareil fébrile des formes franchement aiguës.

« 3° Rhumatisme rebelle, se reproduisant par accès, avec des intervalles de rémission incomplète, les accès s'accompagnant d'une recrudescence marquée des phénomènes fébriles. »

Les résultats obtenus ont été assez heureux pour engager les médecins français à suivre l'exemple de M. Lasègue (*Archives générales de médecine*, novembre 1865.)

Traitement de l'entorse par le massage. M. Béranger-Féraud, chirurgien de marine, vient de publier, dans les *Archives de la médecine navale*, un mémoire sur le traitement de l'entorse par le massage.

Ce mémoire est accompagné de trois observations détaillées d'entorses graves guéries immédiatement par l'auteur en une seule ou en deux séances de massage. M. Béranger-Feraud possède six autres observations de succès qu'il juge inutile de publier. Il cite un travail de M. Millet (Voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXVI, p. 80, 1864); un ouvrage de M. Estradère (Voir *Du Massage*, in-8°, Paris, 1863) ; le traité

de Bonnet, de Lyon (Voir *Maladies des articulations*, in-8°, Paris, t. I); un mémoire de Ribes (*Mémoires et observations d'anatomie*, etc. Paris, 1841, t. II, p. 492); enfin, les ouvrages classiques : la *Chirurgie*, d'A. Cooper, le *Compendium de Chirurgie*, et surtout le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (*Articulations*, par le docteur Panas, p. 289)

Ajoutons les publications de M. Brulet (de Dijon), de Magne, Lebâtard, Girard, médecin vétérinaire, Razin, Quesnoy, Baudens, Rizet et Hernoud. C'est plus qu'il ne faudrait pour mettre hors de contestation l'utilité du massage; on peut même dire que c'est un moyen dont l'efficacité tient souvent du merveilleux et qu'il n'en faut pas laisser le monopole aux rebouteurs; d'ailleurs, il ne faut pas l'employer aveuglément, comme eux, dans les cas d'entorses compliquées de fractures : il aurait alors de graves inconvénients.

M. Béranger-Féraud décrit le mode opératoire en ces termes : « Dès que l'accident est produit, ou mieux dès qu'on est arrivé auprès du blessé, et le plus tôt est le meilleur, on le fait étendre sur un lit ou asseoir sur une chaise; on établit son diagnostic, et si le massage est le moyen thérapeutique adopté, on commence à faire, dans le sens des tendons péri-articulaires, des passes aussi légères que possible, presque aussi légères que celles des magnétiseurs, avec la pulpe du pouce et des quatre derniers doigts enduits d'un corps gras. Peu à peu la pression est augmentée, à mesure que le contact est moins pénible, et, enfin, cette friction spéciale, puissante, progressive, exercée tout autour de l'articulation, est continuée longtemps, un quart d'heure, une demi-heure même, jusqu'à cessation des douleurs, en un mot. De légers mouvements ont été imprimés simultanément, peu à peu et avec précaution, à l'articulation, et quand la séance, que l'on doit prolonger volontiers, est terminée, on est arrivé à lui faire accomplir tous les mouvements physiologiques dans leur plus grande amplitude. Un bandage contentif est appliqué exactement alors, et le repos est prescrit jusqu'à la seconde séance de massage. Ainsi de suite, jusqu'à la guérison, qui est souvent complète dès le premier massage, et qui se fait rarement attendre plus de deux séances. » De trois à dix séances, d'après le docteur Panas, article cité.

Que peut-on objecter à une méthode recommandée par les autorités les plus respectables, que des succès incontestables justifient, qui guérit enfin en quelques heures un mal qu'on était habitué à voir durer des semaines et des mois entiers? On peut objecter que la certitude du succès n'est pas absolue; mais il n'est pas de lésion qu'on guérisse assurément dans tous les cas. (*Arch. de la Méd. navale*, et *Journ. de médecine de Bordeaux*, août 1865.)

Des engelures aux oreilles. Il n'est pas rare, pendant la saison de l'hiver d'observer chez les enfants faibles, lymphatiques, et plus ou moins scrofuleux, cette affection toujours très-douloureuse et qui peut amener des complications fâcheuses pour le sens de l'ouïe.

M. Triquet recommande le traitement suivant, qui comprend deux points principaux :

1° Traiter l'état général lymphatique et scrofuleux;

2° Modifier l'état local.

1° *Traiter l'état général.* — En première ligne, nous n'hésitons pas à placer l'huile de foie de morue, qui nous a parfaitement réussi; viennent ensuite les iodures, que nous faisons dissoudre de préférence dans le sirop d'écorces d'orange; puis un bon régime : viande grillée, pain grillé, un peu de vin pur.

Chez les jeunes filles, à l'époque de la puberté, il y aura une indication importante à remplir : favoriser l'évacuation menstruelle, en régulariser le retour périodique. Ici les préparations dites martiales trouveront leur utile emploi, par exemple, le vin Chalybé, surtout quand on peut lui donner pour excipient du xérès vieux ou du madère de bonne provenance.

2° *Traiter l'état local.* — Les modificateurs locaux comprennent un grand nombre de moyens. Ainsi, quand il y a de la douleur, une grande tuméfaction avec rougeur du pavillon de l'oreille, quelques mouchetures pratiquées avec la lancette sur les grosses veines qui se dessinent en relief sur le pavillon, nous ont merveilleusement réussi; chez les personnes timides, une ou deux sangsues, placées en arrière du pavillon et au point d'émergence du tronc veineux commun aux veines auriculaires, m'a aussi donné de bons résultats.

Dans les cas légers, on néglige les sangsues et les mouchetures, et l'on a

recours d'emblée aux divers agents modificateurs; le plus utile est l'alcool à 70 ou 80 degrés : on en imbibe des compresses avec lesquelles on recouvre l'oreille. Viennent ensuite les embrocations tièdes avec le baume de Fioraventi et la teinture de benjoin. La pommade suivante nous a été très-utile :

Axonge lavée à l'eau de roses................	ãã 5 grammes.
Blanc de baleine........	
Beurre de cacao........	
Cire vierge.............	8 grammes.
Huile de lis purifiée, Q. S.	

Faire dissoudre au bain-marie en consistance sirupeuse.

Ajoutez :

Sous-borate de soude....	10 grammes.
Alcool à 80 degrés.......	20 grammes.

Laissez refroidir.

Pour oindre l'oreille malade trois fois par jour, on fait tiédir au bain-marie.

Quand les phlyctènes apparaissent, il faut badigeonner l'oreille trois ou quatre fois par jour avec l'alcool pur ou la teinture de benjuin, que l'on porte à l'aide d'un pinceau, puis recouvrir les surfaces malades avec un petit linge de toile fine fenêtrée, sur lequel on étend une couche de la pommade précédente.

Comme adjuvant, matin et soir, on lavera l'oreille avec une décoction tiède de feuilles de noyer ou de mélilot.

Dans la période où les croûtes et les ulcérations ont remplacé les phlyctènes, quelques cataplasmes de fécule de pommes de terre sont d'une incontestable utilité. Puis, les croûtes une fois tombées, on pansera les ulcérations de la manière suivante :

Trois fois par jour elles seront lavées soigneusement avec du vin aromatique tiède et à la faveur d'une petite éponge très-fine et très-propre.

Ensuite, elles seront recouvertes avec un linge fenêtré enduit de l'onguent préparé selon la formule :

Baume d'Arcœus........	15 grammes.
Jaunes d'œufs, n° 2.	
Teinture d'aloès........	1 gramme.
Extrait thébaïque.......	10 centigr.

(*Gazette des hôpitaux.*)

Traitement de la péritonite par le collodion. Le traitement de la péritonite puerpérale par les applications de collodion, malgré les éloges enthousiastes avec lesquels ce mode de traitement a été présenté à l'Académie et au public, n'est guère en vogue parmi nous, et nous ne connaissons pas une série d'observations émanant d'un médecin français et pouvant servir à apprécier le degré d'utilité de ce moyen thérapeutique. Un médecin allemand, le professeur Dohrn, de Marbourg, nous apporte sur ce point le fruit de sa pratique, et ses conclusions sont assez favorables. Nous les résumons ici, bien que nous ne les trouvions ni assez précises, ni suffisamment explicites sur tous les points.

M. Dohrn dit qu'il n'a employé, dans le principe, les applications de collodion que dans les cas où le péritoine de la paroi abdominale antérieure lui paraissait être seul intéressé, et qu'il y a eu également recours, avec des avantages moins marqués, il est vrai, dans les cas où l'affection paraissait avoir un siége plus profond ; mais il n'indique pas les signes à l'aide desquels il a établi la distinction, que nous croyons impossible, dans un grand nombre de cas, entre ces deux variétés. Nous sommes, du reste, disposé à penser que M. Dohrn n'a eu affaire qu'à des pelvi-péritonites ; il s'est en effet toujours borné à faire les applications de collodion sur la région hypogastrique; et, parmi les faits qu'il rapporte, nous ne trouvons pas un seul cas de péritonite généralisée. Il est vrai que, dans tous les cas, le traitement a été institué dès le début des premiers accidents.

Quoi qu'il en soit, le professeur de Marbourg a employé ce moyen chez trente et une malades, et trois fois seulement il n'en a pas obtenu de résultat avantageux. Sur ces trois cas négatifs, il en est un où la péritonite n'occupait que la paroi antérieure de l'abdomen; une autre fois, la péritonite était compliquée d'inflammation des veines du bassin; dans le troisième cas, des produits d'exsudation existaient en grande quantité à la paroi postérieure du petit bassin, probablement derrière le péritoine.

Dans plusieurs cas, l'amendement produit par les applications de collodion s'est manifesté avec une rapidité surprenante : l'application de l'enduit imperméable était suivie, au bout de quelques minutes déjà, d'une diminution très-notable de la douleur abdominale et du malaise général. La fréquence du pouls et des mouvements respiratoires diminuait dans les premières vingt-quatre heures. Avec ce changement coïncidait un abaissement

de la température bien plus frappant encore ; cette modification est en effet très-remarquable par les tracés thermométriques que M. Dohrn a joints à son travail. (*Gazette hebdomadaire.*)

De l'emploi des inhalations d'iode dans le traitement du coryza. M. Luc, médecin, aide-major de première classe, vient d'indiquer un nouveau mode de traitement du coryza, qui est aussi simple qu'inoffensif. Ce mode de traitement consiste à faire de inhalations de teinture d'iode ; on place, à cet effet, sous le nez du malade, un flacon de teinture d'iode que l'on tient à la main. L'iode, sous l'influence de la chaleur de la main, se vaporise.

M. Luc expérimenta sur lui-même cette médication. Ressentant les premiers symptômes du coryza vers neuf heures du matin, il commença les inhalations iodées à trois heures de l'après-midi. Il les répéta pendant une minute, de trois en trois minutes, et cessa à quatre heures. A ce moment, la céphalalgie diminua graduellement ainsi que l'éternument et la sécrétion nasale. A six heures du soir, tout avait disparu. L'expérimentation fut renouvelée avec le même succès chez plusieurs officiers. (*Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 1865)

Instrument destiné à empêcher l'empoisonnement par les collyres d'atropine. Les symptômes d'empoisonnement qui se présentent par suite de l'instillation de l'atropine, et qui empêchent souvent d'employer énergiquement ce médicament, ne dépendent pas, comme on sait, de la quantité résorbée par l'œil même, mais de celle qui arrive par les voies lacrymales dans le nez, le pharynx et l'estomac.

On peut facilement se convaincre que la très-grande différence dans la sensibilité des individus, à l'égard de ce remède, dépend uniquement de de la fonction plus ou moins parfaite des voies lacrymales. Dans les cas où ces dernières sont complétement oblitérées, les plus longues et les plus fortes applications ne produisent pas même les plus légers symptômes généraux.

Il est donc utile de recommander aux malades de pencher la figure fortement en avant pendant toute la durée de l'instillation, de se moucher et de se gargariser fréquemment, ainsi que de poser un doigt contre l'angle interne de l'œil, de manière que le point lacrymal inférieur soit tiré en bas. Cependant, ces précautions ne sont pas applicables dans tous les cas ; par exemple, si les malades sont couchés sur le dos, ou s'ils ne sont pas assez adroits ; d'autre part, elles ne suffiraient pas dans le cas d'emploi très-énergique de l'atropine. C'est pour cela que M. Lüer a construit, sur les indications de M. Liebreich, de petites pinces en forme de serre-fines, qui ont pour but d'empêcher le liquide contenu dans le sac conjonctival de passer par le point lacrymal durant l'application du médicament. On s'en sert en soulevant de la main un pli de la paupière parallèle à son bord, et en le prenant avec la pince près du point lacrymal, de manière à produire un ectropion. L'éversion du point lacrymal est augmentée par une courbure des branches de l'instrument.

Dans la plupart des cas, une application à la paupière inférieure suffit, parce que le point lacrymal supérieur n'est pas d'une très-grande importance pour l'absorption des larmes. Cependant, il peut arriver qu'on soit obligé de l'appliquer aux deux points lacrymaux, par exemple, en cas d'une dose très-forte, et chez un individu très-sensible.

L'instrument le plus simple pour éviter les intoxications d'atropine, comme l'a fait remarquer M. Wecker, est évidemment le doigt indicateur lui-même, que nous conseillons à nos malades d'appliquer fermement, après chaque instillation, contre le ligament palpébral interne. En l'y maintenant pendant quelques minutes, on met au contact l'un de l'autre les parois du sac, et l'on empêche ainsi, comme on en acquiert facilement la preuve, l'introduction de l'alcaloïde dans le nez et dans le gosier. Les malades évitent ainsi, par une précaution fort simple, la sécheresse de la gorge et la soif, parfois très-incommode, qui succèdent fréquemment à l'emploi d'une solution d'atropine un peu forte. (*Annales d'oculistique.*)

Coxalgie hystérique guérie par des inoculations hypodermiques de sulfate d'atropine. Les manifestations hystériques sont si souvent rebelles aux divers traitements employés, que nous croyons utile de reproduire le fait suivant, observé par M. Chabalier : Une jeune femme de vingt cinq ans, après avoir

eu dans son enfance plusieurs crises convulsives, des accès de contracture intermittente dans la jambe et la hanche du côté droit, était sujette depuis quatre ans à de véritables attaques d'hystérie, lorsqu'elle fut reprise de contractures tétaniques du pied et de la jambe revenant par accès, puis les douleurs se localisèrent à la hanche ; la jambe était fléchie sur la cuisse, et la cuisse sur le bassin, les mouvements spontanés étaient impossibles, et les mouvements provoqués causaient des douleurs atroces. En même temps il y avait des crises hystériques d'une intensité très-grande. M. Chabalier, pour se rendre compte de l'état de la hanche endormit la malade pendant trois quarts d'heure; alors les mouvements dans l'articulation furent faciles, il ne se produisit aucun craquement, le membre put être facilement ramené dans la rectitude, au même niveau que la jambe gauche, et s'y maintint pendant toute la durée de l'éthérisation ; mais au au réveil les douleurs reparurent aussi intenses ; alors notre collègue eut recours aux inoculations d'atropine faites avec une solution au centième, à l'aide d'une lancette; huit piqûres furent faites comme pour l'inoculation de la vaccine. Au bout d'une heure, les douleurs disparurent complétement et la malade put dormir, à la condition de tenir la cuisse immobile et fléchie sur le bassin à l'aide de coussins. A chaque nouvelle attaque, ce traitement fut renouvelé toujours avec le même succès, et au bout d'un mois la malade put marcher sans douleur.

Malgré les bons effets obtenus dans ce cas, nous ferons remarquer avec l'*Union Médicale*, qu'il faut n'employer l'atropine qu'avec de grandes précautions dans le traitement de l'hystérie. Schrœder, Van der Kolk recommande même de ne jamais l'employer et pour n'avoir pas suivi ce conseil, plusieurs médecins ont observé des accidents formidables. (*Gazette médicale de Lyon.*)

Chorée traitée par la fève de Calabar La fève de Calabar est un agent qui paraît destiné d'une manière non douteuse à rendre de grands services à la thérapeutique, surtout depuis que, grâce aux habiles recherches de notre colloborateur, M. A. Vée, nous sommes en possession du principe actif de ce médicament. Mais la science est encore loin d'avoir des données suffisantes qui permettent de déterminer les conditions pathologiques auxquelles il pourra être appliqué. Il importe donc de tenir note des cas où les praticiens viendront à l'expérimenter et d'enregistrer les résultats obtenus. C'est pourquoi au fait de chorée traité par le docteur Harley, au moyen de la fève de Calabar, que nous avons analysé dans notre précédent volume, nous ajouterons le suivant, tiré également de la presse anglaise.

Un jeune garçon de neuf ans, présenté au docteur Mac Laurin le 27 juin dernier, était atteint de chorée remontant à plus d'un mois Soumis depuis lors à divers moyens de traitement, empruntés surtout à l'ordre des toniques, il n'en avait retiré aucun bénéfice; la maladie avait plutôt paru aller en augmentant. Sans entrer dans la description des symptômes qu'offrait le jeune malade, il suffira de dire qu'il était à peu près incapable de tenir aucun objet et même de porter les aliments à sa bouche ; il avait de plus considérablement maigri. Notre confrère prescrivit : liqueur de fève de Calabar, 2 *minims*, glycérine et eau de fontaine, ãã 1 once, pour une mixture, une cuillerée à dessert trois fois par jour. Sous l'influence de ce traitement, l'enfant se rétablit graduellement et d'une manière solide, devenant de semaine en semaine plus maître de ses mouvements. A la fin de juillet il était dans un tel état d'amélioration qu'il pouvait s'habiller lui-même, et le 25 août tout symptôme de chorée avait disparu ; sa santé générale était de plus devenue excellente.

La liqueur de fève de Calabar mentionnée ci-dessus consiste en une solution d'extrait de cette substance dans la glycérine, dans des proportions telles que 1 *minim* (61 milligrammes, d'après Heuri et Guibourt), représente comme activité, la valeur de 4 grains de fève ; on voit donc que le petit malade prenait chaque jour l'équivalent de trois grains de ce médicament. Il ne s'est jamais manifesté aucun symptôme fâcheux pendant la durée du traitement. (*Lancet* et *Medical Press*, 25 octobre 1865.)

Corps étranger (épingle double) dans la vessie d'une femme, extraction avec la pince œsophagienne.

Une jeune femme de dix-neuf ans, bien constituée, est entrée dans les premiers jours de ce mois à la Pitié, dans le service de M. Gosselin. Elle

avouait s'être introduit, dix jours auparavant, par l'urètre, une épingle à cheveux double, longue d'environ cinq centimètres. Elle éprouvait depuis ce temps des besoins fréquents d'uriner, des douleurs assez vives, lorsqu'elle les satisfaisait, des souffrances en marchant; elle avait de plus de grandes inquiétudes sur les suites de son imprudence.

Dans une première séance, M. Gosselin, après avoir endormi la malade avec de l'éther, et injecté de l'eau dans la vessie, essaya de retirer l'instrument par les voies naturelles d'abord, avec une pince à pansement légèrement recourbée à son extrémité, ensuite avec plusieurs des instruments spéciaux, tous fort ingénieux, fabriqués depuis quelques années par MM. Charrière et Mathieu, pour l'extraction des corps étrangers de la vessie. Il ne réussit pas pour deux raisons : d'abord parce que, malgré le sommeil anesthésique, la vessie se contractait et se vidait ; ensuite, parce qu'avec ces instruments, dont la plupart sont droits, et les autres peu à peu courbés, il ne sentait pas le corps étranger, et ne pouvait être guidé, pour le saisir, que par un hasard heureux.

Dans une seconde séance, six jours après, et avant de se décider à l'incision de l'urètre et du col vésical, M. Gosselin eut l'idée d'essayer la longue pince œsophagienne destinée à l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. L'introduction fut facile : la concavité de la courbure regardait en bas, et cette courbure se trouva assez heureusement disposée pour permettre au chirurgien de sentir de suite sur le bas-fonds un corps dur et résistant, qu'il n'avait pas trouvé avec les autres instruments ; ouvrant alors avec précaution les deux branches au niveau du corps dur, puis les rapprochant, et ramenant la pince au dehors, il fit sortir avec elle l'épingle qui avait été saisie par l'extrémité d'une de ses tiges et dont l'autre pointe se trouva assez masquée par les branches rapprochées de l'instrument pour ne pouvoir piquer l'urètre. Aucun accident n'est survenu, et la malade quittait l'hôpital trois jours après, urinant sans douleur et peu fréquemment.

La pince œsophagienne est donc, pense avec raison M. Gosselin, une ressource à ajouter à celles que possède déjà notre arsenal chirurgical pour l'extraction des corps étrangers de la vessie, par les voies naturelles, chez la femme. (*Gazette des Hôpitaux.*)

Traitement du diabète sucré. Voici ce que dit M. Oppolzer à ce sujet :

L'ignorance dans laquelle on est sur la théorie vraie du diabète sucré s'oppose à ce que l'on agisse d'une manière efficace contre cette maladie, en partant d'un point de vue théorique. Il faut donc se borner à un traitement simplement diététique et empirique. On a essayé contre cette affection tous les remèdes de la matière médicale, tantôt comme spécifiques, tantôt en se fondant sur l'une ou l'autre hypothèse sur l'origine de la glucosurie.

Tous ces moyens se sont toujours montrés impuissants, si tant est que beaucoup d'entre eux n'aient pas même été nuisibles. C'est ainsi qu'on a eu en vain recours aux préparations métalliques, telles que le fer, l'arsenic et le plomb, sous les formes les plus diverses. Il en est de même de la levûre de bière, du fiel de bœuf *et du sucre*. Par l'administration de l'opium qui diminue les sécrétions rénales, on avait espéré exercer une influence favorable sur le diabète; mais l'expérience a promptement appris que ce médicament est sans action sur ce mal. Le pain de gluten préconisé par M. Bouchardat, et longtemps regardé comme spécifique, ne l'attaque pas non plus dans son essence. Toutefois il peut avantageusement remplacer le pain ordinaire et permettre au malade de se servir exclusivement de substances azotées. Stokvis recommande l'acide benzoïque.

L'action des substances astringentes que l'on supposait devoir couper le diabète en diminuant la sécrétion urinaire, ne s'est pas non plus confirmée par l'expérience. Si, dans le cours de la maladie, il apparaît des phénomènes fébriles qui accompagnent d'ordinaire la tuberculose, la pneumonie et d'autres complications du diabète, il faut donner le sulfate de quinine. Dans ces derniers temps, on a également appliqué l'électricité.

Les meilleurs moyens empiriques que nous connaissions contre le diabète, sont l'acide carbonique, les eaux et les carbonates alcalins. Ce sont les alcalins qui constituent la base des eaux de Vichy et de Carlsbad, qui jouent un si grand rôle dans le traitement de cette maladie. Celles ci jouissent de la propriété d'arrêter plus ou moins longtemps la marche fatale de cette affection.

Mais ce qui est d'une bien plus grande importance que les médicaments proprements dits, c'est le choix d'un régime convenable. En effet, quoiqu'il soit parfaitement prouvé que les aliments azotés se transforment en partie en sucre chez les diabétiques, puisque leurs urines, lorsqu'ils se privent complétement des amylacés, en renferment encore, on doit cependant leur donner de préférence un régime composé principalement de substances animales; il ne faut pas proscrire le pain d'une manière absolue, car ils se dégoûteraient promptement de l'usage de la viande et préféreraient ne rien manger du tout. On peut de temps en temps substituer le gluten au pain ordinaire. Indépendamment des substances animales, les diabétiques peuvent encore prendre des œufs, de quelque manière qu'ils soient apprêtés, ainsi que des corps et des fruits gras, tels que les noix. Parmi les légumes, on peut leur permettre de faire usage de choux, d'asperges, d'épinards, de chicorée et de toutes espèces de salade, ainsi que de pêches, de pommes, de fraises, et quelquefois d'un peu de raisin. Les pommes de terre, par suite de leur grande richesse amylacée, doivent leur être interdites. En ce qui concerne la soif très-vive de ces malades, le médecin ne doit pas leur défendre d'une manière bien sévère de la calmer; mais il doit les engager à se modérer un peu. Ils ne sauraient d'ailleurs obéir bien longtemps à une défense de la satisfaire d'une manière absolue. Pour boisson, on donnera soit de l'eau ordinaire ou contenant de l'acide carbonique, soit des limonades préparées avec du vin de Bordeaux, ou de la bière. Le chocolat est aussi très-bon pour modérer leur soif. Quant aux complications du diabète, il va de soi que l'on doit modifier les moyens thérapeutiques on ayant égard à elles. (*Wiener*, *Wocht*, nº 19, et *The Lancet*, nº 5, 1865, et *Gaz. médicale de Lyon*.)

VARIÉTÉS.

Séance publique de l'Académie de médecine.

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle mardi 12 décembre. Après le compte rendu des prix que nous reproduisons dans ce numéro, M. Béclard a prononcé l'éloge de Villermé. La vie laborieuse, mais nullement accidentée du savant statisticien rendait la tâche assez difficile; mais en rappelant les divers travaux de Villermé, M. Béclard a su aborder avec un tact exquis les grandes questions d'économie politique et de morale sociale, et captiver son auditoire. On a surtout remarqué le passage où l'orateur a montré les services rendus par l'association et les sociétés de secours mutuels.

Ecrit avec un style pur et correct que faisait ressortir la diction élégante du secrétaire, ce discours a été à plusieurs reprises interrompu par des applaudissements. Nous pouvons le dire sans flatterie aucune, M. Béclard vient de remporter un nouveau succès.

PRIX DE 1865.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — L'Académie avait proposé pour question : « Des paralysies traumatiques. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Deux mémoires ont été envoyés pour ce concours. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Antonin Martin, médecin-major au 5e escadron du train des équipages militaires, auteur du mémoire inscrit sous le numéro 2, portant pour épigraphe : *Quod potui, non quod voluerim.*

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — L'Académie avait proposé pour sujet du prix : « Existe-t-il des caractères anatomiques spécifiques du cancer, et quels sont ces caractères ? » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Deux mémoires

ont été envoyés pour ce concours. L'Académie décerne le prix à M. V. Cornil, auteur du mémoire inscrit sous le numéro 2, ayant pour épigraphe : *In minimis tota lotet natura.*

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — La question proposée par l'Académie était la suivante : « Des rapports de la paralysie générale et de la folie. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Six mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. Magnan, interne des hôpitaux de Paris, auteur du mémoire numéro 5, portant pour épigraphe : *N'est-il pas temps d'ailleurs de baser des dogmes capables d'éclairer, dans la pratique, sur les résultats de l'observation?* — Elle accorde des mentions honorables à : 1° M. le docteur Péon, médecin en chef de l'asile d'aliénés du département du Gers, auteur du mémoire inscrit sous le numéro 1er. — *Observationes sunt vera fundamenta ex quibus incerte medica veritates elisi possunt, etc.*—2° M. A. Carle Lacoste, ancien interne des hôpitaux de Paris, auteur du mémoire numéro 2, portant pour épigraphe : *Non veteribus non apponendi, sed æterno jungendi fœdere.*

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie avait donné pour question : « Du pouls dans l'état puerpéral. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Trois mémoires ont été adressés à l'Académie. L'Académie ne décerne pas de prix; mais elle accorde un encouragement de 600 francs à M. Lucien Hémey, interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire inscrit sous le numéro 2 et portant l'épigraphe suivante : *Numerandæ et perpendendæ observationes.*

Prix fondé par M. le baron Bardien. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.) Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Ce prix était de la valeur de 8,000 francs. Sept mémoires ont été envoyés pour ce concours. L'Académie décerne un prix de 7,000 francs à M. le docteur Chassaignac, auteur d'une méthode chirurgicale, aujourd'hui dans le domaine de la pratique (l'écrasement linéaire). — Elle accorde un encouragement de 1,000 francs, à M. le docteur Victor Legros (d'Aubusson), pour son mémoire intitulé : « *Guérison des ulcères scrofuleux sans cicatrices vicieuses.* »

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. La valeur de ce prix était de 2,000 francs. Quatre mémoires ont été envoyés pour concourir. L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde : 1° une somme de 1,500 francs, à titre de récompense, à M. le docteur Marmy, médecin principal, chef de l'hôpital militaire des Collinettes, à Lyon, pour son *Mémoire sur la régénération des os par le périoste*, inscrit sous le numéro 2 ; — 2° une somme de 500 francs, à titre d'encouragement, à M. le docteur Gellé (de Paris), pour son travail intitulé : *Etude du rôle de la déchirure capsulaire dans la réduction des luxations récentes de la hanche*, inscrit sous le numéro 1.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix devait être accordé au meilleur mémoire sur la pathologie externe. Il était de la valeur de 1,000 francs. Huit ouvrages ou mémoires ont concouru. Aucun de ces travaux n'a paru mériter le prix ; mais l'Académie accorde, à titre de récompense :

1° une somme de 600 francs, à M. le docteur Victor Legros (d'Aubusson, Creuse), pour son mémoire sur les indications et sur les accidents de la trachéotomie, inscrit sous le numéro 8 ; — 2° la somme de 400 francs, à M. le docteur Bertholle (de Paris), pour son mémoire sur les corps étrangers dans les voies aériennes, inscrit sous le numéro 6.

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1863. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder :

1° *Un prix de la valeur de 1,500 francs partagé entre* : M. Verdier, docteur en médecine à Grenoble (Isère), qui a déjà obtenu plusieurs médailles d'argent et une médaille d'or, qui continue à se tenir au premier rang parmi les vaccinateurs de son département, et qui est signalé d'une manière toute particulière par M. le préfet, comme remplissant avec le plus grand dévouement les fonctions de conservateur du vaccin. M. Labesque (François-Eugène), docteur en médecine à Agen (Lot-et-Garonne), plusieurs fois signalé par M. le préfet, pour les services qu'il rend à la vaccine, dans son département, et pour le chiffre considérable des vaccinations qu'il pratique chaque année. M. Lallour, docteur en médecine à Quimper (Finistère), en récompense du zèle soutenu qu'il apporte dans l'exercice de ses fonctions, comme médecin vaccinateur. — 2° *Des médailles d'or à* : M. Ollivier, docteur en médecine à Barcelonnette (Basses-Alpes), pour son rapport détaillé sur une épidémie de variole et pour les soins qu'il apporte à la propagation de la médecine. M. Collin, docteur en médecine à Vagney (Vosges), recommandé pour la seconde fois par M. le préfet, comme méritant une récompense élevée, et pour le chiffre considérable des vaccinations qu'il pratique chaque année. M. Bouteillier, docteur en médecine à Rouen (Seine-Inférieure), qui, depuis quinze ans, en sa qualité de secrétaire du comité central de vaccine, s'occupe avec une grande activité de tout ce qui intéresse la vaccine, et pour son mémoire très-intéressant sur une épidémie de variole qui a régné dans le département de la Seine-Inférieure. M. Raussillon, docteur en médecine à Bourg-d'Oisans (Isère), pour le dévouement avec lequel il exerce les fonctions de médecin vaccinateur dans une circonscription composée de vingt communes toutes situées dans un pays très-montagneux et fort pauvre (c'est surtout dans ces communes que sont placés les enfants trouvés du département).

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder pour le service des épidémies en 1864 : — 1° *des médailles d'argent à* : M. Penant, de Vervins (Aisne), pour son mémoire sur la topographie de l'arrondissement de Vervins. M. Pressat, de Nice (Alpes-maritimes), pour sa relation de l'épidémie de variole qui a régné à Nice et dans vingt communes de l'arrodissement. M. Galtier, de Castelnaudary (Aude), pour son mémoire sur l'épidémie de suette militaire de Castelnaudary et de quatre communes voisines. M. Lecœur, de Caen (Calvados), pour son rapport sur la constitution épidémique de Caen et sa description de l'épidémie de variole qui a régné dans cette ville et dans la commune de Benouville. M. Cabasse, médecin major de 1re classe, pour son compte rendu de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur les troupes du camp de Châlons en 1863 et 1864. M. Bancel, de Toul (Meurthe), pour ses trois mémoires sur la topographie et l'hygiène de l'arrondissement de Toul et sur les épidémies qu'on y a observées de 1814 à 1864. M. Boursier, de Creil (Oise), pour son rapport sur l'épidémie d'angine

diphthéritique et de croup de Creil. M. Mordret, du Mans (Sarthe), pour ses nombreux et remarquables rapports au conseil central d'hygiène de la Sarthe, sur les épidémies des quatre arrondissements du département. M. Carret, de Chambéry (Savoie), pour ses mémoires sur les effets pernicieux du chauffage des maisons au moyen des poêles de fonte d'un usage général en Savoie. — 2° *des médailles de bronze à* : M. Blaye, de Tarascon (Bouches-du-Rhône), pour sa description topographique, météorologique et hygiénique de Barbentane, et sa relation des épidémies de fièvre catarrhale et de fièvre typhoïde de cette ville. M. Guichard, de Saint-Claude (Jura), pour son rapport sur l'épidémie de variole et de varioloïde de Saint-Claude. M. Seelles et Moutdésert, de Carentan (Manche), pour son mémoire sur l'assainissement et la fertilisation des marais de Carentan, et pour les travaux qu'il a entrepris dans ce but. M. Loisel, de Cherbourg (Manche), pour son mémoire sur l'épidémie de grippe de l'arrondissement de Cherbourg. — 3° *des mentions honorables à* : M. Judrin, de Semur (Côte-d'Or), pour son rapport sur l'épidémie de dysenterie de Ménétreux-le-Pitois. M. Cressant, de Guéret (Creuse), pour son rapport sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans trois communes du canton de Dun. M. Lacourtiade, de Blaye (Gironde), pour son rapport sur l'épidémie d'angine couenneuse de Blaye. M. Bernard, de Praugey (Haute-Marne), pour son rapport sur l'épidémie de scarlatine du canton de Longeau. M. Ancelon, de Dieuze, (Meurthe), pour son rapport sur les épidémies et les enzooties du bassin supérieur de la Seille. M. Prieur, de Gray (Haute-Saône), pour son rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde d'Autoreille. M. Chairou, de Rueil (Seine-et-Oise), pour son rapport sur l'épidémie de variole de Rueil, arrondissement de Versailles. Il faut mentionner à part M. le docteur Fouquet de Vannes (Morbihan), pour le zèle avec lequel chaque année, depuis quinze ans, il fait au conseil central d'hygiène du Morbihan un rapport consciencieux et très-complet des épidémies et des épizooties du département, et sur les travaux des conseils d'hygiène.— 4° *Des rappels de médailles d'or à* : M. Guipon, de Laon (Aisne), pour son mémoire sur les affections charbonneuses qui ont régné dans l'arrondissement de Laon, et pour son rapport général au conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de l'Aisne, sur les épidémies qui ont régné dans ce département en 1864. M. Lecadre, du Havre (Seine-Inférieure), pour son rapport sur les épidémies de l'arrondissement du Havre, — 5° *Des rappels de médaille d'argent à* : M. Dumonchaux, de Saint Quentin (Aisne), pour ses trois rapports sur les épidémies de choléra infantile, de fièvre tyhhoïde et de grippe, qui ont régné dans la ville et dans plusieurs communes de l'arrondissement de Saint-Quentin, et pour sa bonne description de la topographie de la ville. M. Benoist, de Guingamp (Côtes-du-Nord), pour son mémoire sur les épidémies de la ville et de l'arrondissement de Guingamp. M. Martin Duclaux, de Villefranche (Haute-Garonne), pour sa très-bonne monographie de la fièvre typhoïde, rédigée à l'occasion de l'épidémie de la ville et de l'arrondissement de Villefranche. M. Palanchon, de Cuisery (Saône-et-Loire), pour son rapport sur les épidémies des environs de Cuisery.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.— L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1865 : 1° *Une médaille d'or* à : M. le docteur Payen, médecin inspecteur des eaux de Saint-Gervais (Haute-Savoie).— 2° *Des médailles d'argent à* : M. Charmasson-de-Puylaval, médecin inspecteur des eaux de Saint-Sauveur (Hautes-

Pyrénées). M. Durand (de Lunel), médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy (Allier). M. Tillot, médecin inspecteur des eaux de Saint-Christau (Basses-Pyrénées). M. Amable Dubois, 1er médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy (Allier). M. Dumoulin, inspecteur des eaux de Salins (Jura). — 3° *Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à* : M. Vidal, médecin inspecteur des eaux d'Aix (Savoie). M. Caillat, médecin inspecteur des eaux de Contrexéville (Vosges). M. Le Bret, médecin inspecteur des eaux de Baréges. M. de Puisaye, médecin inspecteur des eaux d'Enghien. M. Patézon, médecin inspecteur des eaux de Vittel (Vosges). M. Chabannes, médecin inspecteur des eaux de Vals (Ardèche). —4° *Médailles de bronze à* : M. Jaubert, médecin inspecteur des eaux de Gréouls (Basse-Alpes). M. Jourdeuil, médecin-major de 1re classe et médecin de l'hospice thermal de Baréges (Hautes-Pyrénées). M. Bignon, médecin inspecteur des eaux de Bagnols (Orne). M. Treuille, médecin inspecteur des eaux minérales d'Euzet (Gard). M. Gay, médecin inspecteur des eaux de Saint-Alban (Loire). M. Privat, médecin inspecteur des eaux de la Malou (Hérault). — 5° *Mentions honorables à* : M. de La Garde, médecin inspecteur adjoint des eaux de Bagnères-de-Bigorre. M. Marbotin, médecin inspecteur des eaux de Saint-Amand (Nord). M. Peyrecave, médecin inspecteur des eaux de Barbotan (Gers). M. Foubert, médecin inspecteur communal des bains de mer de Villers-sur-mer (Calvados).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1866.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — L'Académie propose pour question de prix : « De l'érysipèle épidémique. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — L'Académie met au concours cette question : « Faire l'anatomie pathologique des nerfs dans les principales affections viscérales. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR Mme BERNARD DE CIVRIEUX. — L'Académie propose la question suivante : « De la migraine. — Etudier les causes de cette affection, ses phénomènes essentiels, ses rapports avec d'autres maladies et ses conséquences finales ; — s'efforcer d'en déterminer le siége et la nature, soit par des investigations propres, soit par les autopsies consignées dans la science ; — insister particulièrement sur un traitement rationnel. » Ce prix sera de 800 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — L'Académie propose pour sujet de prix : « Du frisson dans l'état puerpéral. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — *Voir plus haut les conditions du concours.* Ce prix sera de la valeur de 4.000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. ORFILA. — L'Académie propose la question suivante : « De la digitaline et de la digitale. Isoler la digitaline : — rechercher quels sont les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, peuvent servir à démontrer l'existence de la digitaline et celle de la digitale. Quelles sont les altérations pathologiques que ces substances peuvent laisser à leur suite dans les cas d'empoisonnement ? Quels sont les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu ? *Jusqu'à quel point* et dans *quelle mesure* peut et doit être invoquée l'expérimentation des matières vomies sur les animaux, de celles trouvées dans l'économie, ou des produits de l'analyse, comme *indice* ou comme *preuve* de l'existence du poison et de l'empoisonnement ? » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LEFÈVRE. — La question posée est celle-ci : « De la mélancolie. » Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ERNEST GODARD. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie interne. Il sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1867.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — L'Académie propose la question suivante : « Histoire clinique des tumeurs fibro-plastiques. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — L'Académie propose pour question : « Des diverses espèces de mélanose. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR Mme BERNARD DE CIVRIEUX L'Académie propose pour sujet de prix : « De la démence. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — *Voyez plus haut les conditions du concours.* Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — L'Académie met au concours la question suivante , « Faire connaître les altérations que subissent les enfants qui séjournent un temps plus ou moins long, dans la cavité utérine après leur mort. Indiquer, s'il est possible, par la nature de ces altérations, l'époque à laquelle il faut faire remonter cette mort. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR AMUSSAT. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des cours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ERNEST GODARD. Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Les Mémoires pour les prix à décerner en 1866 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier, Amussat et Godard sont exceptés de ces dispositions.

Par décret en date du 25 novembre 1863, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Japhet, médecin principal de la marine et médecin sanitaire à Smyrne. Chevalier depuis 1854.

Au grade de chevalier : MM. Horteloup, médecin attaché à la mission envoyée en Égypte;

Verguin, médecin sanitaire embarqué à bord des paquebots des Messageries impériales;

Géry, médecin à Solliès-Pont (Var) ;
Gayal, étudiant en médecine de la Faculté de Montpellier, envoyé en mission à Toulon (Var) et à la Grand'Combe (Gard). Services rendus pendant l'épidémie cholérique.

Bulletin du choléra. — L'épidémie touche à sa fin. Il suffit pour s'en convaincre de lire les chiffres suivants :

22 novembre.....	32 décès.	30 novembre.....	19 décès.
23 —	42 —	1er décembre.....	19 —
24 —	38 —	2 —	12 —
25 —	16 —	3 —	15 —
26 —	19 —	4 —	10 —
27 —	24 —	5 —	8 —
28 —	21 —	6 —	5 —
29 —	20 —	7 —	7 —

Le nombre total des décès cholériques est, jusqu'à ce jour, de 6,150.

Enseignement. — Des cours complémentaires ont été autorisés, à Paris, dans les établissements supérieurs désignés ci-après, après :

Près la Faculté de médecine,
Un cours sur les maladies de la peau, professé par M. Hardy, agrégé libre ;
Un cours sur les maladies des enfants, professé par M. Henri Roger, agrégé libre ;
Un cours sur les maladies mentales et le système nerveux, professé par M. Lasègue, agrégé libre ;
Un cours d'ophthalmologie, professé par M. Foucher, agrégé libre.

A la Faculté de médecine de Montpellier,
Un cours de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, confié à MM. Boyer et Benoît, professeurs ;
Un cours sur l'allaitement et les maladies abdominales, par M. Guinier, agrégé ;
Un cours de pathologie et de thérapeutique médicales, par M. Castan, agrégé.

A la Faculté de médecine de Strasbourg,
Un cours sur les maladies syphilitiques et cutanées, par M. Küss, professeur de physiologie ;
Un cours sur les maladies chroniques, par M. Coze, professeur de matière médicale et de pharmacie.

A l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg,
Un cours de botanique et de zoologie, par M. Cauvet, agrégé.

Un congé d'inactivité est accordé à M. Dieulafoy, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

M. Estevenet, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Dieulafoy, en congé d'inactivité.

M. Cauvet, agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est autorisé à ouvrir, auprès de cette École, pendant l'année scolaire 1865-66, un cours complémentaire de zoologie.

M. Luneau (Gabriel-Marie-Dieudonné) est nommé prosecteur à l'École préparatoire de médecine et pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Monfort, démissionnaire.

M. Jankergurstel (Albert-Joseph) est nommé aide d'anatomie à ladite École, en remplacement de M. Raingeard, démissionnaire.

Le concours pour la place de chef interne à l'hôpital Saint-André de Bordeaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Sentex.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'entraînement ou de l'exercice forcé appliqué au traitement du diabète sucré.

Par M. le professeur Bouchardat [1].

L'alimentation joue, comme on le sait, un grand rôle dans le traitement du diabète; mais la direction d'un régime alimentaire qui doit être continué pendant des années, présente une foule de difficultés de détail qui arrête souvent les malades. De plus, en suspendant, autant qu'il est nécessaire, la ration des aliments glycogéniques, on supprime bien le sucre des urines; mais dès qu'on restitue le sucre ou les féculents, la glycosurie reparaît. Ce n'est donc qu'un traitement palliatif. Or, l'examen journalier des urines est un guide sûr, qui permet au médecin d'apprécier l'état de son malade, et c'est en procédant de la sorte que j'ai acquis la conviction qu'à lui seul le traitement hygiénique peut revendiquer des guérisons solides et durables; il comprend tout ce qui se rapporte à l'alimentation, à l'exercice, aux soins de la peau, aux influences morales, etc., c'est-à-dire à l'ensemble des procédés auxquels on a égard dans l'entraînement du pugiliste.

Je ne m'étendrai pas sur le régime alimentaire; mais je veux insister sur un point capital.

C'est qu'il importe, en commençant le traitement, de rendre le régime assez rigoureux pour obtenir promptement la disparition complète de la glycose des urines. Après quelques semaines du retour des urines à l'état normal, il faut revenir peu à peu à l'usage modéré des aliments glycogéniques, car ils sont très-favorables quand ils sont utilisés, mais avec la précaution indispensable d'essayer fréquemment les urines pour revenir au régime sévère à la première apparition de la glycose.

Je dois encore faire connaître ici quelques règles se rapportant à l'usage des boissons, règles que j'ai adoptées dans mes consultations depuis plusieurs années.

L'usage des bons vins rouges vieux, des fins cépages de la Bourgogne ou du Bordelais est favorable. Un litre dans les vingt-quatre heures, voilà la quantité qui convient généralement pour un homme et que je ne fais que rarement dépasser. Le vin de Cham-

---

[1] Extrait de l'*Annuaire de thérapeutique* pour 1865.

pagne mousseux et tous les autres vins sucrés ou mousseux ne doivent pas être permis, il en est de même des eaux fortement gazeuses, comme l'eau de Seltz.

On peut couper le vin, soit avec de l'eau pure, soit avec une infusion de 10 grammes de quinquina *loxa* pour un litre d'eau, soit avec de l'eau dans laquelle on aura fait dissoudre, par litre, 10 grammes de sel de Seignette.

Le café et le thé sans sucre conviennent à certains égards, mais il est bon d'en apprécier l'influence en examinant les urines après leur usage. On peut ajouter au thé ou au café de la crème ou un peu de kirsch, rhum, eau-de-vie, mais on doit limiter l'usage des alcooliques aussitôt qu'ils déterminent la moindre excitation encéphalique. En général, je prescris aujourd'hui ou l'abstinence ou l'usage très-modéré des liqueurs fortes.

La quantité de boisson devra être réglée de telle façon que la quantité des urines rendues ne soit pas supérieure à 1 litre 1/2 dans les vingt-quatre heures. Le malade devra combattre le sentiment de la soif, boire modérément, prendre peu de potage ou de bouillon, tant qu'il n'aura pas atteint ce résultat.

De l'exercice forcé. — Ce n'est pas la première fois que j'insiste sur l'utilité de l'exercice énergique dans la glycosurie. Dès mes premiers travaux je prescrivais aux malades atteints de cette affection l'exercice énergique du corps et des bras, puis je parvins à constater que le travail énergique en plein air favorise toujours l'utilisation des féculents chez les glycosuriques. Il ne suffit pas, dans tous les cas, pour faire disparaître le sucre ; mais, toutes choses égales, pour la quantité des féculents ingérés et les autres conditions, une diminution dans la proportion du sucre contenu dans les urines a toujours coïncidé avec l'exercice énergique en plein air.

En voici un exemple des plus remarquables :

Un pauvre ouvrier âgé de trente-cinq ans vint me trouver pour me prier de faciliter son entrée à l'Hôtel-Dieu. Il était déjà depuis plus d'une année atteint de glycosurie, sa maigreur était grande, ses forces anéanties, son appétit et sa soif excessifs ; il rendait en vingt-quatre heures 4 litres et demi d'urine contenant 67 grammes de glycose par litre.

J'avais à cet époque publié ma note *sur les difficultés que présente dans les hôpitaux le traitement de la glycosurie.* Je dis à ce pauvre malade : « Si vous m'en croyez, n'entrez pas à l'Hôtel-Dieu. Avec de grands soins, on pourra vous y soulager momentanément; mais au sortir de l'hôpital, vous ne serez pas plus avancé. Le moyen

principal de guérison vous manquerait ; ce moyen, c'est le travail corporel.—Mais, objecta-t-il aussitôt, mes forces m'ont abandonné; c'est à peine si je puis lever les bras.— Avec le régime et l'exercice régulier, vos forces vous reviendront. Commencez par faire ce qui vous sera possible, sans vous surmener ; reprenez-vous, après quelque temps de repos, vous serez étonné vous-même de ce que vous pourrez dépenser de forces sans fatigue aucune. » Je lui exposai avec le plus grand soin, verbalement et par écrit, avec tous les détails nécessaires, comment il convenait de régler son régime, pour le rendre à la fois efficace et économique. Les salades, les légumes herbacés, les viandes les moins chères, les œufs, les poissons les plus communs, les graisses et les huiles les moins coûteuses, les fromages en formaient la base. Je lui appris à essayer ses urines, afin de revenir le plus tôt possible à l'usage modéré du pain. Nous fîmes choix de l'état de jardinier; il me promit bien de ne pas laisser dormir sa bêche.

Trois mois après, il me revint avec une santé florissante, ses urines ne contenaient plus de sucre et il était arrivé à manger 250 grammes de pain sans nul inconvénient ; huit jours de régime sévère avec l'exercice avaient suffi pour faire disparaître la glycose. Il était plus fort qu'avant sa maladie. Je l'ai revu après deux années, ses urines ne contenaient plus de glycose. Il se considérait comme guéri; mais je lui conseillai de n'abandonner ni l'exercice ni la sobriété dans l'emploi des féculents, ni l'essai assez fréquent des urines.

Depuis cette époque voici les recommandations sur lesquelles j'insiste dans toutes mes consultations : « Il est de la plus grande importance d'utiliser les forces à mesure qu'elles reviennent ; un exercice journalier du corps, des bras et des jambes est indispensable.

« Il est bon de rechercher avec le plus grand soin *ce qui peut donner de l'attrait à cet exercice de chaque jour*.

« Nous recommandons pour cela aux hommes la chasse, l'escrime, les exercices militaires, ramer, patiner, les jeux de paume, de billard, de boule, de cricket, etc. (1), en un mot tous les jeux actifs, sans oublier les travaux manuels ordinaires, tels que les

(1) L'émulation est le principal mobile de ces jeux corporels. Faire bien, mieux que les autres ; voilà ce qui anime les bras, qui fait soupirer après l'heure où l'on retrouvera ses partners aimés. C'est pour cela que je regrette le jeu de paume et que j'aime le cricket.

opérations de scier, de fendre le bois, de tourner, etc., les travaux actifs du labourage et du jardinage : bêcher, piocher, rouler une brouette, etc. Parmi tous ces exercices chacun choisit celui qui lui convient, et qui prend du charme par l'habitude.

« Pour les femmes nous prescrivons les travaux les plus actifs du ménage, surtout ceux qui commandent l'action des jambes plutôt que la station sans marche.

« Nous insistons sur l'utilité des jeux qui mettent tout le corps en mouvement, tels que le billard, les jeux de volant, de paume, le piano à pédale, la danse, sans oublier les travaux actifs du jardinage.

« Pour les hommes comme pour les femmes, nous prescrivons la marche accélérée avec ou sans fardeau. La course même, quand cela est possible, a une grande utilité. Il faut, nous l'avons dit, éviter la station sans marche, surtout qnand il survient du gonflement aux pieds et aux jambes.

« Entre tous ces exercices il faut choisir celui qui convient le mieux et le rendre assez énergique, *pour obtenir une bonne sueur de tout le corps ;* mais alors changer de flanelle et prendre les précautions nécessaires pour éviter les chances de refroidissement.

« Les promenades en voiture ne doivent être adoptées que lorsque aucun autre exercice n'est possible, et encore convient-il de choisir pendant l'été une voiture découverte ; mais il faut protéger le corps et les pieds contre toutes les chances de refroidissement.

« L'équitation est un exercice salutaire mais qui ne peut remplacer tous les autres ; il en est un qui possède ce précieux avantage, ce sont les travaux en commun bien réglés et progressifs avec l'accroissement des forces, dans un gymnase convenablement dirigé, fourni d'appareils variés. »

Nous reviendrons plus loin sur les avantages du gymnase ; mais avant, citons quelques faits qui montrent que l'on peut trouver dans les travaux usuels les moyens d'utiliser largement les forces.

Il y a bientôt vingt ans, je fus consulté par un de mes amis âgé de cinquante-quatre ans et atteint de glycosurie. Au moment où je le vis, il rendait, en vingt-quatre heures, 3 litres d'urine contenant 71 grammes de glycose par litre ; il avait dû en rendre précédemment une plus grande quantité. Sa glycosurie est ancienne, car elle m'est accusée par les taches blanches que depuis quelques années M... a remarquées au bas de ses pantalons et qui ne s'enlèvent pas avec la brosse, mais avec de l'eau. C'est un homme aussi remarquable par l'intelligence que par l'énergie ; je lui prescrivis

le régime avec tous les détails nécessaires pour rendre l'alimentation complète et la vie agréable; il s'y conforma avec l'exactitude d'un homme qui comprend l'importance de la santé.

Dès cette époque, je prescrivais dans mes consultations l'exercice énergique : il ne manqua pas de s'y soumettre; il en reconnut bien vite la puissante efficacité pour rendre le régime moins sévère. « Vous gagnez votre pain, lui disais-je, à la sueur de votre front. » La métaphore n'était pas forcée : il avait loué une petite maison de campagne ; comme les Parisiens il se livrait avec ardeur aux travaux actifs du jardin ; il bêchait, retournait le sol comme le vieux laboureur de La Fontaine le prescrivait à ses enfants; mais le jardin n'étant pas assez étendu, il avait bientôt achevé sa tâche. Il imagine alors, quand la bêche avait retourné tous les carrés de terre, de recourir à une demoiselle de paveur pour lui rendre sa dureté première, afin de pouvoir de nouveau faire travailler sa bêche.

Inutile d'ajouter que lorsqu'il avait obtenu une bonne sueur, il changeait de flanelle et se frictionnait vivement et longuement tout le corps avec des linges rudes, et qu'il marchait afin d'éviter toutes les chances de refroidissement.

Grâce à ces violents exercices journaliers et à un régime sagement réglé d'après l'état des urines, mon ami ne s'aperçut jamais des rigueurs du régime, et le sucre ne reparaissait que lorsqu'il se laissait aller, par extraordinaire, dans un repas de famille, à un usage trop copieux de mets féculents et sucrés. Un jour ou deux de régime sévère, tout était revenu à l'état normal.

En prenant des années, la promenade à pas rapides remplaça presque tous les autres travaux, mais elle durait deux à quatre heures chaque jour. Il y a bientôt deux ans, je le rencontrai sur le pont de l'Alma, loin l'un et l'autre de notre domicile, marchant tous deux d'un pas rapide. « Je suis inquiet, docteur, me dit-il, j'ai beau manger du pain, le sucre ne reparaît plus, quelqu'autre chose doit me menacer. » Depuis ce temps les urines ont été examinées à bien des reprises et on n'y a plus trouvé de glycose.

Voici encore un exemple qui prouve de la manière la plus nette l'heureuse influence de l'exercice énergique.

M*** a soixante ans bientôt; d'une remarquable intelligence, mais aussi d'une grande paresse corporelle, et n'ayant aucun dédain pour les plaisirs de table; sous cette double influence, il a acquis d'abord un développement abdominal considérable, puis bientôt une glycosurie assez intense avec perte des forces, appétit et soif excessifs, somnolence continuelle. Quelques jours de régime sévère suffisent

pour faire disparaître la glycose des urines, mais elle y reparaît à la moindre infraction, surtout en ce qui se rapporte aux aliments sucrés, ce qui n'est pas l'ordinaire, les féculents sont habituellement plus préjudiciables.

M*** a des courses nombreuses à faire, il se sert plus de la voiture que de ses jambes, et encore le voit-on plus souvent dormir que veiller quand les pérégrinations sont un peu longues.

Arrive l'époque de la chasse que M*** aime passionnément, il retrouve alors ses jambes de vingt ans, il parcourt bois et guérets avec la plus grande énergie et sans fatigue; il peut alors faire impunément des infractions au régime, et la glycose ne reparaît pas dans les urines. On voit par cette observation l'importance de rechercher tout ce qui peut donner de l'attrait à l'exercice de chaque jour. Ajoutons que l'obésité de M*** a diminué, que ses muscles sont plus développés et que sa santé générale est infiniment meilleure qu'avant d'être glycosurique.

J'arrive maintenant au mode d'exercice dont j'ai déjà parlé, qui remplace tous les autres et qui convient sous tous les rapports : ce sont les travaux en commun dans un gymnase convenablement dirigé, muni d'appareils variés et étudiés. Voici comment je m'exprime à cet égard dans mes consultations :

« Nous ne saurions insister assez sur la puissante efficacité de la fréquentation journalière du gymnase. Là, après des exercices qui en moyenne doivent durer une heure, le corps étant baigné de sueur, des personnes exercées vous lotionnent avec de l'eau froide, vous essuient vivement, vous frictionnent, vous frappent et vous massent avec énergie; il faut les aider dans ces opérations afin d'obtenir une réaction complète qui est *soutenue au sortir du gymnase par une marche convenablement accélérée.* »

Les faits qui témoignent en faveur de la puissante efficacité des travaux du gymnase dans la glycosurie sont pour moi très-nombreux; je vais me borner à en citer succinctement ici quelques-uns qui m'ont plus frappé par des conditions spéciales.

Un des hommes qui ont le mieux apprécié l'importance du travail forcé en commun dans un gymnase, est un de mes anciens malades qui depuis dix ans ne manque guère de jour sans s'y rendre et briller au premier rang.

Quand je l'ai vu pour la première fois, il était âgé de cinquante ans et rendait 4 litres 2/10 d'urine en vingt-quatre heures, contenant 77 grammes de glycose par litre; il présentait tous les symptômes les mieux accusés de la glycosurie; sa faiblesse était extrême,

il pouvait à peine marcher ; sa maladie, d'après des commémoratifs certains, devait remonter à plusieurs années.

Sous l'influence du travail forcé du gymnase, la glycose a disparu des urines, il peut même revenir au régime commun, mais avec beaucoup de ménagement, car lorsque la quantité de féculents ou de sucre est trop élevée, la glycose reparaît. Par deux jours de régime sévère, avec l'exercice forcé, les urines reviennent à l'état normal. M*** n'est pas seulement dans une condition comparable à celle qu'il avait avant sa maladie, mais ses forces se sont tellement développées, que, malgré ses soixante ans, personne au gymnase ne peut exécuter de plus rudes travaux; il a vu quitter Paris avec un grand regret un capitaine de trente-cinq ans qui, en se mesurant avec lui, avec des forces à peu près égales, donnait un charme incomparable aux travaux journaliers du gymnase.

Je fus consulté, il y a bientôt deux ans, par un ingénieur atteint d'une glycosurie intense : il rendait en vingt-quatre heures 5^{lit},25 d'urine, contenant 76 grammes de glycose par litre. Comme sa vie était très-active, je lui prescrivis seulement de renoncer à la voiture, de marcher beaucoup et vivement. Je l'initiai à tous les détails du régime. Malgré l'usage du pain de gluten, et l'éloignement aussi complet que possible des aliments glycogéniques, je ne pus obtenir la disparition radicale du sucre. Après deux mois de traitement, il rendait encore en vingt-quatre heures 1 litre 1/2 d'urine, contenant par litre 23 grammes de glycose. J'insistai vivement alors sur l'utilité du gymnase. M*** s'y décida ; trois jours après, il m'apporta ses urines de vingt-quatre heures : il n'y en avait plus que 1 litre 1/10, elles ne contenaient plus de glycose.

Tant que M*** fréquente le gymnase, il peut utiliser la fécule contenue dans 125 grammes de croûte de pain; quand il a abdiqué depuis quelques jours le travail forcé, la glycose reparaît pour disparaître par le retour au gymnase.

L'exemple suivant est des plus instructifs :

M*** est un médecin des plus habiles, il s'aperçoit que ses forces diminuent, que son appétit et sa soif sont considérables, ses urines abondantes; il les recueille et trouve qu'il perd en vingt-quatre heures 75 grammes de glycose. Aussitôt il vient me trouver, je l'initie à tous les détails du régime, je l'envoie au gymnase. *Depuis, la glycose ne s'est jamais montrée dans les urines*, malgré le retour progressif à l'usage modéré du pain et d'autres aliments glycogéniques ; mais le gymnase et l'essai des urines n'ont point été aban-

donnés, les forces et toutes les conditions de la santé ne laissent rien à désirer.

L'exercice du gymnase est surtout utile, quand le chef de l'établissement a une grande habitude pratique, que les appareils sont bien conçus, que le personnel des servants est convenable, que les amateurs sont assez nombreux pour donner de l'attrait au travail, que la leçon est conduite avec un entrain communicatif. Pour beaucoup de personnes, la fréquentation du gymnase offre de sérieuses difficultés; on comprend sans peine que l'on peut, par des exercices bien choisis, suppléer à domicile aux travaux du gymnase; mais il faut de l'énergie et une certaine habitude pour amener par le travail une sueur abondante de *tout le corps*, pour pratiquer, pendant la saison clémente, des lotions froides et, en toute saison, les frictions, le massage, et pour éviter, après les sueurs abondantes, toutes les chances de refroidissements non suivis de réaction.

Il est bon, quand cela se peut, de s'initier à toutes ces pratiques, en fréquentant pendant un mois un gymnase bien conduit.

Voici quelques indications qui peuvent être utiles pour atteindre le but proposé. Quand le travail a été continué pendant environ une heure et que tout le corps est inondé de sueur, on change de flanelle, on se lave vivement avec des linges imbibés d'eau froide, puis on se frictionne avec énergie avec de gros linges, puis avec la brosse en caoutchouc de Galante ou avec ces gants ou tissus rudes composés de matières variées et qui sont si communément usités en Angleterre pour animer les fonctions de la peau. Pour terminer, on se frappe, on se masse, afin d'obtenir une réaction complète, qui est soutenue par une marche d'un quart d'heure au moins, le corps étant protégé par de bons vêtements de laine.

En rentrant au domicile, il est bon d'y trouver un repas bien préparé, et pendant la saison rigoureuse une pièce convenablement chauffée.

Chacun peut à sa guise varier les exercices gymnastiques; quand ils sont bien conçus, ils sont préférables aux travaux ordinaires, avec lesquels on peut les alterner. Citons un dernier exemple, qui démontre leur efficacité.

M*** est âgé de cinquante-deux ans; au moment où il vient me consulter il rend encore 3 litres 2/10 d'urine, contenant 67 grammes de glycose par litre. M*** prétend suivre mon régime, qui lui a été indiqué par son médecin ordinaire; mais en l'interrogeant bien, je vois qu'il consomme encore dans les vingt-quatre heures 250 gram-

mes de pain et 3 litres environ de lait [1], qu'il pensait être convenable pour éteindre une soif dévorante qu'il animait plutôt par cet aliment.

L'abattement de M*** était extrême, il pouvait à peine se traîner, son énergie morale n'était pas meilleure; mais après que je lui eus exposé les dangers de la pente sur laquelle il était, il reprit de la volonté; je lui traçai les règles du régime, je l'initiai à sa direction, sans omettre aucun détail; j'exigeai, pour commencer, une sévérité absolue. Comme M***, pour des causes qu'il est inutile d'indiquer, ne pouvait aller au gymnase, je lui prescrivis le travail corporel énergique à domicile, avec les exercices gymnastiques qu'il pourrait facilement pratiquer. M*** se mit résolûment à l'œuvre; après huit jours il ne rendait plus que 2 litres d'urine dans les vingt-quatre heures, contenant 14 grammes de glycose par litre.

Les forces revenaient chaque jour, et avec elles la gaieté et la confiance. Quinze jours après M*** m'apporta 1 litre 15/10 d'urine pour produit des vingt-quatre heures, elles ne contenaient plus de sucre. M*** était transformé, il était rajeuni de dix ans. Je n'ai, disait-il, éprouvé d'accablement qu'un seul jour, c'est un dimanche soir après une journée de repos absolu; la nuit, loin de diminuer ma fatigue corporelle, l'avait augmentée : aussi, dès les cinq heures, je me levai pour exercer mes bras par les *dumb bells*, les *halters*, et mes jambes par une bonne course. Cet exercice forcé, loin de me fatiguer, dissipa mon accablement. Depuis M*** va de mieux en mieux.

Ce n'est pas un fait isolé que cet accablement qui, chez les glycosuriques, naît par l'inertie et se dissipe par le travail.

Les glycosuriques dorment souvent après le repas, il faut leur prescrire alors de manger, de boire plus modérément et de faire une promenade en se levant de table.

Soins de la peau qui doivent accompagner le travail forcé. — Les maîtres chargés d'entraîner les pugilistes attachent une impor-

---

[1] J'ai vu à diverses reprises des malades auxquels leurs médecins, qui se dirigeaient d'après mes travaux, permettaient le lait en abondance : c'est une grave erreur; il y a longtemps que j'ai établi que les 50 grammes de lactine d'un litre de lait peuvent donner 50 grammes de glycose dans les urines d'un glycosurique ; c'est pour cela que je prescris la crème à l'exclusion du lait. Certains glycosuriques utilisent la lactine contenue dans une dose raisonnable de lait : à merveille ! pour ceux-là, permettez-leur le lait ; mais ces cas sont très-rares, et quand ils se présentent à vous, ne négligez pas de prescrire absolument de suivre par l'essai journalier des urines l'influence du lait.

tance extrême aux soins journaliers de la peau. Je suis loin de les négliger, comme on l'a vu précédemment; c'est pour concourir à ce but que je prescris de prendre chaque semaine de un à trois bains tièdes; j'y fais ajouter, lorsqu'il existe des démangeaisons communes chez les glycosuriques (chez les femmes surtout), 100 grammes de carbonate de potasse et deux cuillerées à bouche de teinture de benjoin vanille. Au sortir du bain, je prescris de vives et longues frictions avec des linges rudes, puis avec la brosse en caoutchouc, suivi d'un massage énergique et d'exercice.

Pendant la saison rigoureuse, les bains et les lotions froides peuvent être suspendus; mais jamais les frictions sèches, quand le corps est en sueur.

Les bains de mer chauds et mieux froids, si l'on peut les supporter, ont une utilité qui, d'après mon expérience, s'est rarement démentie; aussi ai-je de fréquentes occasions de les prescrire, en recommandant expressément de prendre les froids de très-courte durée, en commençant la saison (une minute et moins), et de les faire suivre de vives et rudes frictions et d'exercice. Cette même recommandation est utile pour les bains de rivière.

Des refroidissements dans la glycosurie. — Je fais toutes ces recommandations, car chez les glycosuriques, au début du traitement, la réaction est souvent infidèle, lente et incomplète, et je ne saurais trop répéter la maxime suivante qui se trouve dans toutes mes consultations:

« Eviter avec le plus grand soin toutes les chances de refroidissement non suivi de réaction. »

C'est pour atteindre ce but que je prescris la flanelle, et que je recommande d'en prendre une suffisante suivant la saison pour maintenir à la peau une douce chaleur.

C'est encore pour cela que j'ordonne une marche soutenue et rapide, lorsque les pieds se refroidissent ou, lorsque cela ne se peut, l'usage assidu de boules d'eau chaude. C'est encore pour cela qu'avec Prietnitz, je prescris l'exercice après les lotions froides et les frictions. C'est pour rendre cette réaction plus sûre, qu'avec les entraîneurs, j'insiste sur l'usage des lotions froides après le travail forcé, quand le corps est baigné de sueur.

Si les refroidissements non suivis de réaction sont dangereux comme *un* dans les conditions de santé, ils le sont comme *dix* chez les glycosuriques, dont les urines contiennent encore de la glycose.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De quelques moyens thérapeutiques injustement oubliés. Un mot rétrospectif sur l'acupuncture.

Ce serait s'exposer à de graves erreurs que de juger de la valeur réelle d'un moyen ou d'une méthode thérapeutiques, soit d'après l'engouement dont ils sont ou ont été l'objet, soit d'après le discrédit dans lequel ils sont tombés. Ces péripéties extrêmes, qui attendent fatalement toute chose en ce monde médical, marquent exactement le niveau de l'inconstance de l'esprit humain, jamais celui de la vérité; celle-ci, d'ailleurs, ne s'accommode guère des appréciations violentes et passionnées; le calme et le désintéressement de la pensée conviennent mieux à des manifestations paisibles.

Certes, le calme est bien venu pour la méthode thérapeutique dont nous allons parler, l'*acupuncture*. Qui se douterait aujourd'hui qu'elle a existé? qui se douterait surtout qu'elle a joui des plus grandes faveurs de la pratique? Tellement oubliée est l'acupuncture, qu'un inventeur hardi, comme il s'en trouve encore, pourrait la faire accepter de plus d'une personne comme une nouveauté. Plus sincère et plus modeste en nos intentions, nous serions heureux de pouvoir montrer que cette méthode ne mérite pas le délaissement et l'oubli qu'elle subit, que l'on gagnerait souvent à y revenir, que l'on s'est beaucoup agité (chose fréquente) pour ne pas trouver mieux, ni même si bien. Ce travail de réhabilitation sera d'ailleurs facile; il nous suffira de revenir rapidement sur le passé.

De temps immémorial, les Chinois et les Japonais pratiquent sur le corps humain une opération qui consiste à y enfoncer une aiguille de métal dans un but thérapeutique: cette opération, c'est le *xinkien* des Chinois, l'*acupuncture* (*acus*, aiguille; *punctura*, piqûre) des modernes. Importée en Europe en 1679, par Ten-Rhyne et Enelbert Kœmpfer, elle n'y a été, en réalité, l'objet d'une application systématisée qu'au commencement de ce siècle (1810), et surtout à partir du moment où, après Berlioz, Haime (de Tours), Bretonneau, Chuvelill et autres, M. J. Cloquet se consacra personnellement à l'étude de ce moyen thérapeutique et s'appliqua avec ardeur à en dévoiler toutes les ressources. Quoique profondément délaissée, l'acupuncture est encore aujourd'hui tenue en haute estime par l'éminent professeur; et cette considération suffirait à

elle seule pour légitimer et encourager notre tentative de la faire revivre dans l'esprit des praticiens.

Les aiguilles employées par les Chinois et les Japonais sont en or et en argent; nous ne nous arrêterons pas à les décrire: on les trouvera représentées, avec toutes leurs variétés, dans un excellent ouvrage récemment publié par M. C. Dabry : *La médecine chez les Chinois*. En Europe et chez les modernes, l'or et l'argent ont été écartés de la constitution des aiguilles comme matière essentielle; elles sont à peu près exclusivement faites d'acier. Berlioz, qui, le premier chez nous, pratiqua l'acupuncture, se servait d'une aiguille d'acier longue de trois pouces, ayant une tête formée avec de la cire à cacheter; modification fort importante, car elle permet d'enfoncer l'aiguille à une profondeur nécessaire, sans craindre qu'elle se perde dans les tissus, comme cela est arrivé plusieurs fois.

Après divers essais, M. J. Cloquet s'arrêta définitivement à l'emploi d'une aiguille quelconque, pourvu qu'elle fût très-fine. Les aiguilles dites *à reprises* remplissent parfaitement cette condition. On les détrempe en les passant à la flamme d'une bougie et les laissant refroidir lentement; l'acier devient flexible; l'extrémité mousse de l'aiguille peut être alors facilement recourbée en crochet, et on y adapte une tête en plomb arrondie. Avant d'employer l'aiguille, il faut aussi avoir le soin de la désoxyder; on a pour cela un grand nombre de moyens: un des plus simples est le papier à l'émeri.

Pour pratiquer l'acupuncture, les Chinois et les Japonais enfoncent l'aiguille en frappant sur sa tête avec un petit maillet d'ivoire criblé de trous comme un dé à coudre. Chez nous, on s'est complément affranchi du marteau, qui, non-seulement n'est pas nécessaire, mais peut provoquer la cassure de l'aiguille si elle n'est pas très-flexible.

L'aiguille étant saisie entre le pouce et l'index, et la peau suffisamment tendue, on pose la pointe sur le lieu d'élection; on peut alors la faire pénétrer de deux manières : ou bien par *pression* directe, ou bien par *torsion*, c'est-à-dire en la faisant tourner comme s'il s'agissait de faire pénétrer une vis. Berlioz l'introduisait peu à peu en la faisant tourner entre ses doigts. Au rapport du docteur Dantu, qui en a fait l'expérience sur lui-même, la douleur serait moins vive lorsque l'introduction est faite par la *pression*, la rotation augmentant, au contraire, les frottements et les tiraillements. Lorsqu'on veut introduire une aiguille dans le cuir chevelu et au niveau des os superficiellement placés, M. J. Cloquet donne le conseil de percer d'abord la peau perpendiculairement, puis de

coucher l'aiguille dans une direction horizontale et de la faire glisser obliquement dans le tissu cellulaire sous-cutané ; on dirige ensuite la pointe perpendiculairement ou obliquement, selon qu'il y a plus ou moins d'épaisseur des parties molles, et selon que le siége de la douleur est plus ou moins profond.

Le degré d'enfoncement de l'aiguille dépend de l'épaisseur des parties à l'endroit piqué et du siége de la douleur : quelquefois l'introduction est faite d'emblée, à une assez grande profondeur (nous allons voir quelle en peut être la limite) ; mais peut-être est-il mieux d'opérer cette introduction *graduellement*, comme le faisait Berlioz, d'interroger à chaque repos la sensation du malade et de se conduire selon l'effet produit.

Il n'y a pas, à vrai dire, de lieu d'élection pour l'acupuncture : le siége de la douleur à combattre détermine celui où l'opération doit être pratiquée ; les Chinois et les Japonais l'appliquant à peu près indistinctement à toutes les maladies, on conçoit que toutes les parties du corps soient, pour eux, accessibles à ce moyen à peu près exclusif de traitement. Ils mettent cependant le plus grand soin à éviter le trajet des troncs nerveux, des artères et des veines. Par une sorte de contradiction, ils ne reculent pas devant la piqûre des viscères profonds, tels que l'estomac, l'utérus et même le fœtus qu'il contient, lorsqu'il vient à causer de vives douleurs à la mère par ses mouvements désordonnés (Ten-Rhyne). Il semblait déjà résulter de cette pratique qu'il y avait peu ou pas de danger à enfoncer une aiguille dans quelques-uns des principaux viscères (il faut excepter toutefois l'utérus gravide, car ce ne peut être impunément qu'on transperce alors cet organe). Le docteur Haime (de Tours) assure avoir souvent enfoncé l'aiguille à une telle profondeur de la région épigastrique, que l'estomac a dû être infailliblement percé. La piqûre de ce viscère, ajoute cet auteur, n'a pas été suivie de plus d'inconvénients que celle des autres parties. Il est même fréquemment arrivé que les symptômes ne disparaissaient complétement que lorsqu'on poussait l'aiguille assez profondément. Des expériences faites sur les animaux par Bretonneau, Béclard, Dantu, Ségalas, Velpeau, etc., ont confirmé la réalité de cette innocuité de la perforation des principaux viscères, des artères et des veines. Mais quelle que soit la signification de ces expériences, nous pensons qu'il ne faut pas se hâter de conclure, à cet égard, des animaux à l'homme, encore qu'il existe plusieurs faits authentiques de piqûres de quelques viscères sans accident. Ce n'est pas, croyons-nous, sans de réelles appréhensions qu'on oserait aujourd'hui enfoncer, de pro-

pos délibéré, une aiguille, quelque déliée qu'elle fût, dans le cerveau, la moelle ou même le cœur d'un homme ou d'un enfant; et malgré l'innocuité proclamée de la perforation des artères et des veines, on n'en évitera pas moins avec soin et autant que possible la rencontre d'un de ces organes. Cette précaution nous paraît suffisamment motivée par la réalité de la coagulation sanguine autour d'une aiguille implantée dans une artère ou dans le cœur, démontrée par les expériences de sir Everard Home, Velpeau, etc., et par ce que l'on sait aujourd'hui de la migration des caillots. Il est toutefois une circonstance dans laquelle cette pratique peut être autorisée et même indiquée : c'est lorsqu'on a l'intention thérapeutique de provoquer cette coagulation, comme dans certains anévrismes externes.

Quant aux dangers de l'opération elle-même, ils sont en réalité insignifiants, et c'est à peine si les cas où il s'en est produit méritent d'appeler l'attention, en regard des milliers de faits où l'acupuncture a été réalisée sans le plus léger accident. Toutefois il n'en est pas toujours ainsi : un accident général qui paraît s'être manifesté assez fréquemment à la suite de cette opération, c'est la lipothymie. Au rapport du docteur Morand (*Thèse inaug.* 1825), M. J. Cloquet estimait à *un trentième* environ le nombre des malades chez lesquels l'acupuncture détermine des lipothymies; mais cet accident est habituellement sans gravité. Il en est de même de la perte des aiguilles au sein des tissus, dans lesquels elles cheminent, comme on sait, silencieusement et sans danger, jusqu'à ce qu'elles soient éliminées à une distance plus ou moins grande du point d'implantation. C'est, d'ailleurs, en prévision de la perte possible des aiguilles qu'elles sont disposées avec une tête soit en plomb (J. Cloquet), soit en ivoire, du côté de leur extrémité mousse.

En général, l'introduction d'une seule aiguille ne suffit pas; leur nombre doit être proportionné à l'intensité et à l'étendue de la douleur; l'introduction simultanée de plusieurs aiguilles (deux au moins) est, du reste, quelquefois exigée par un phénomène assez fréquent à la suite de l'acupuncture : c'est le déplacement de la douleur dans un lieu plus ou moins éloigné de son premier siége, aussitôt que celui-ci a été piqué : il est bon, ainsi que nous le redirons bientôt, de la poursuivre dans ce déplacement.

La durée de l'introduction des aiguilles est très-variable et subordonnée aux exigences de la maladie que l'on traite. Les Chinois pratiquent à peu près exclusivement l'acupuncture *instantanée;*

mais, sur ce point, M. le professeur J. Cloquet a opéré une véritable révolution dans le procédé ancien : il a montré qu'une certaine durée d'application est nécessaire pour que l'acupuncture manifeste son action et surtout son efficacité. D'après le docteur Dantu, ce n'est guère qu'après un laps de temps qui varie de 3 minutes à 2 heures qu'on peut observer des effets favorables. Cette durée, nous le répétons, est très-variable, et il est des cas dans lesquels les aiguilles ont dû être laissées en place 24 et même 60 heures; cette prolongation est surtout nécessaire dans les affections chroniques.

Des sensations diverses et plus ou moins bizarres sont éprouvées par les malades, pendant l'introduction des aiguilles : c'est ordinairement une espèce de picotement ou bien une sensation de crampe; rarement il se produit une vive douleur, et si elle existe, elle s'atténue rapidement. Il est d'observation que les malades qui éprouvent le moins de douleur de l'introduction de l'aiguille sont ceux chez lesquels elle détermine le plus de soulagement.

Quelques minutes après l'introduction de l'aiguille (ordinairement avant la sixième minute, plus rarement au bout d'une demi-heure) on voit se manifester autour d'elle une auréole érythémateuse plus ou moins régulière, tantôt très-vive, tantôt peu apparente et disparaissant au bout de quelques heures, lorsque les aiguilles sont laissées à demeure. Il est bon, pour éviter un plus haut degré d'inflammation et même de petits abcès, de garantir la tête de l'aiguille des frottements extérieurs.

L'extraction des aiguilles est généralement plus douloureuse que leur introduction, surtout lorsqu'elles plongent à une certaine profondeur et qu'elles sont restées longtemps en place. Afin de faciliter cette extraction et d'en atténuer la douleur, il est bon d'imprimer à l'aiguille un mouvement de rotation pendant que l'on presse sur la peau avec le pouce et l'indicateur rapprochés à la base de l'instrument.

La douleur causée par l'extraction des aiguilles trouve peut-être sa cause dans la production d'un phénomène sur lequel M. J. Cloquet a le premier appelé l'attention, c'est leur *oxydation ;* quelques minutes suffisent pour que celle-ci se manifeste; elle est plus prononcée à la pointe et paraît être plus intense lorsque du sang s'écoule après l'extraction de l'aiguille.

On s'est beaucoup préoccupé du mode de production de ce phénomène et de la relation qu'il peut y avoir entre son existence et les effets de l'acupuncture : de là des efforts d'explication et un grand

nombre de théories plus ou moins impuissantes et sur lesquelles nous n'aurons garde de nous arrêter, pressé que nous sommes d'arriver à quelque chose de plus pratique, les indications du moyen thérapeutique qui nous occupe.

Les Chinois appliquent l'acupuncture à presque toutes les maladies indistinctement : on le conçoit sans peine, si l'on songe qu'elle constitue avec le moxa les seuls agents thérapeutiques dont ils disposent. La pratique des auteurs qui ont répandu parmi nous l'usage de l'acupuncture comprend, à la vérité, un assemblage de maladies un peu moins incohérent; et cependant, on n'a pas toujours vu présider à ses applications un aussi parfait discernement que celui que les progrès de la science moderne donnaient le droit d'exiger. Que pouvait-on, par exemple, attendre de l'acupuncture dans les affections chroniques organiques, à moins d'y chercher un palliatif éphémère contre la douleur?

En laissant de côté ces applications irrationnelles, on se trouve en présence de deux espèces morbides principales reliées, d'ailleurs, par un élément commun, la *douleur*, sur lesquelles l'acupuncture paraît exercer une action favorable réelle : ce sont les *névralgies* et le *rhumatisme*. Mais il faut s'entendre quant au rhumatisme : on a cité un nombre si considérable de cas de guérison de cette maladie par l'acupuncture, qu'on serait vraiment étonné et presque affligé de la voir traitée par une autre méthode, s'il n'y avait pas de grandes réserves à apporter à la signification des résultats publiés. Il ressort, en effet, d'une enquête attentive que c'est le *rhumatisme musculaire* qui est presque exclusivement en cause dans les nombreuses observations des auteurs : sous cette forme, le rhumatisme a été poursuivi, pour ainsi dire, à coups d'aiguilles, dans toutes les parties du corps; mais c'est à la région lombaire, où il constitue, comme on sait, le lumbago, qu'on a eu le plus souvent à l'attaquer. On n'aura pas de peine à croire que l'insuccès ait à peu près constamment répondu aux essais de l'acupuncture dans le rhumatisme articulaire aigu.

Le véritable terrain des applications que, au point de vue des résultats obtenus, l'on pourrait appeler rationnelles de l'acupuncture, ce sont les névralgies, et, au premier rang, la *névralgie sciatique :* deux, trois aiguilles ou plus (suivant l'étendue et l'intensité du mal) implantées à un pouce ou un pouce et demi de profondeur sur le trajet du nerf sciatique suffisent pour enlever la douleur après quelques heures. (Voir Churchill, Dantu, Meyraux, Bellini, et *Bulletin de Thérapeutique*, t. V, p. 239; 1833.)

Parmi les autres névralgies qui paraissent s'être montrées incontestablement accessibles à l'action de l'acupuncture, nous devons mentionner : 1° la *névralgie faciale* non symptomatique dont on trouve un grand nombre de cas de guérison dans le relevé de MM. J. Cloquet et Dantu, et dont le docteur Bergamaschi a rapporté plus récemment deux exemples remarquables (*Journal d'Omodei*, t. XXXIX, p. 5) ; 2° l'*odontalgie*, surtout lorsqu'elle ne dépend pas d'une carie dentaire ; l'implantation d'une ou plusieurs aiguilles dans le tissu gingival, au niveau du point douloureux, peut avoir alors un effet curatif assez rapide (Dantu, Toirac) ; 3° enfin, dans quelques cas plus rares, la céphalalgie frontale ou occipitale (Dantu et J. Cloquet, etc.). On a bien essayé aussi l'acupuncture dans quelques cas de névroses spasmodiques, et même dans des névroses viscérales, mais avec des résultats trop problématiques pour qu'une entière confiance puisse leur être accordée ; nous rappellerons toutefois un cas de guérison par M. Goupil d'une *pleurodynie* tellement violente que le plus léger contact des parois thoraciques développait de très-vives douleurs (*Revue médicale*).

C'est détourner l'acupuncture de son véritable sens thérapeutique que de lui attribuer la guérison de certaines affections, l'*anasarque* et l'*hydrocèle* par exemple ; il est évident que, dans ces cas, les aiguilles remplacent tout simplement les mouchetures de la ponction ; leur action est donc toute mécanique et chirurgicale. Dans le même ordre de faits rentre l'application imaginée par M. le professeur Trousseau de l'*acupuncture multiple*, comme moyen d'obtenir l'adhérence entre les parois de l'abdomen et des kystes contenus dans cette cavité (*Bullet. de Thérap.*, t. LXIII, p. 517) ; l'application célèbre du même moyen au traitement des anévrysmes par M. Velpeau ; enfin son usage dans les fractures non consolidées, dans le but de provoquer l'inflammation productrice d'un cal secondaire.

Il nous suffira également de mentionner ici l'emploi de l'acupuncture dans le traitement de l'asphyxie : dès 1816, Berlioz avait soupçonné son efficacité dans cette circonstance ; les expériences de Bretonneau, du docteur Carruro, celles plus récentes de M. le docteur Plouviez semblent pleinement confirmer les présomptions de Berlioz : il y a là un champ ouvert aux investigations et surtout à la pratique, qui n'a pas encore apporté à la solution de cette grave question l'indispensable appui de son témoignage.

L'adjonction d'un courant galvanique à l'aiguille à acupuncture constitue une modification de cette méthode dont il nous reste à dire un mot, c'est l'*électro-puncture*. Voici en quoi consiste le pro-

cédé réduit à toute sa simplicité : les aiguilles d'or ou d'argent sont disposées de manière à pouvoir s'adapter d'une part à un manche de cristal destiné à être tenu par les mains de l'opérateur, qui se trouve de la sorte *isolé* du malade, et de l'autre à un fil d'or ou de laiton qui sert de conducteur. L'introduction des aiguilles se fait comme dans l'acupuncture, à cela près qu'elles sont entourées d'un tube de verre qui les maintient en place. Une fois introduite, l'aiguille est mise en communication avec les conducteurs d'une machine électrique, et l'on présente à la partie supérieure de l'aiguille le bouton d'un excitateur : elle transmet ainsi le choc électrique à toutes les ramifications nerveuses de la partie dans laquelle elle plonge.

Les indications de l'électro-puncture sont d'ailleurs, à peu de chose près, les mêmes que celles de l'acupuncture, et les quelques détails qui précèdent nous dispensent d'y insister.

En résumé, si, sous l'influence de l'engouement inévitable qui préside à l'apparition de tout moyen nouveau, l'acupuncture a été l'objet d'applications intempestives et a donné lieu à des mécomptes, il est incontestable que dans un grand nombre de cas légitimement établis, elle a manifesté une action réelle et favorable. Il résulte d'une analyse exacte des expériences et des faits relatifs à ses applications, qu'elle s'adresse spécialement et presque exclusivement à l'élément *douleur;* si l'acupuncture agit dans les affections aiguës inflammatoires ou dans les maladies chroniques organiques, ce n'est que par l'influence *palliative* qu'elle exerce sur la douleur comme expression symptomatique. Elle a, au contraire, une véritable action *curative* dans les affections qui sont, en majeure partie, constituées par la douleur : telles sont les névralgies proprement dites et idiopathiques, *névralgie faciale*, *dentaire*, et surtout *sciatique*. L'une des causes du discrédit à peu près complet dont l'acupuncture a été frappée se trouve, à coup sûr, dans l'apparition sur la scène thérapeutique d'un certain nombre de moyens nouveaux (car il en faut, n'y en eût-il plus au monde), tels que l'électrisation proprement dite, et quelques appareils de révulsion, qui, par leur constitution et la manière dont ils agissent, se rapprochent, d'ailleurs, beaucoup de l'acupuncture : cet instrument, par exemple, appelé *réveilleur* par son inventeur, qui n'est pas médecin, et plus scientifiquement dénommé *révulseur* (*Bullet. de Thérap.*, t. LXII, p. 342 et 402). Telles sont encore les méthodes endermique et hypodermique, cette dernière ayant même paru à quelques auteurs présenter dans le fait de la ponction sous-cutanée tous les attributs de l'acupuncture.

Mais si l'on songe, d'une part, à l'excessive ténacité de certaines névralgies, en particulier de la sciatique, et, d'autre part, au peu de de sûreté, trop souvent à l'impuissance d'un grand nombre des moyens de prédilection actuelle, en même temps qu'à la rigueur, nous allions dire à la cruauté de quelques-uns de ces moyens (cautérisation potentielle, Robert; par l'acide nitrique, Legroux ; l'électrisation cutanée, Duchenne; incisions, Trousseau, etc.), peut-être verra-t-on, avec nous, quelque opportunité à revenir à l'acupuncture et à la retirer, du moins pour le bien de plus d'un malade, de l'oubli dans lequel elle ne méritait pas de tomber.

Des encéphalocèles ou hernies du cerveau chez les enfants.

Par M. P. GUERSANT, chirurgien honoraire des hôpitaux.

On donne le nom d'*encéphalocèle* à la hernie du cerveau ou du cervelet à travers l'écartement des os du crâne. En général, cette affection est congénitale, et se remarque dès la naissance.

Cependant l'encéphalocèle peut être accidentel à la suite d'une plaie du crâne avec perte de substance. Nous avons observé ces deux genres chez les enfants, mais c'est l'encéphalocèle congénital qu'on rencontre principalement.

Causes. — Souvent c'est un arrêt de développement des os qui a lieu chez le fœtus pour l'encéphalocèle congénital, c'est toujours une blessure ou une nécrose de l'os qui détermine l'encéphalocèle accidentel.

Siége. — L'encéphalocèle congénital existe surtout au niveau des sutures des os du crâne. On a observé des hernies du cervelet à travers le trou occipital. Nous pensons que toutes les sutures peuvent en être le siége, même les plus petites; nous avons vu et d'autres que nous ont observé des encéphalocèles se faire jour par la suture fronto-ethmoïdale dans l'angle interne de l'orbite, nous avons vu un cas de ce genre; Moreau, l'accoucheur, en a vu un.

L'encéphalocèle accidentel peut s'observer sur tous les os du crâne.

Signes. — Le volume des encéphalocèles est très-variable : il y en a du volume d'un pois, il y en a de gros comme la tête d'un enfant nouveau-né. A l'examen de la tumeur sur le vivant, on constate qu'elle est arrondie, lisse, égale, plus ou moins circonscrite, quelquefois pédiculée, sans changement de couleur à la peau ; elle présente des battements isochrones à ceux du pouls, ils augmen-

tent par l'expiration, la toux, les cris. Si on vient à presser la tumeur, on peut la réduire en partie ou en totalité; on détermine aussi par cette pression des phénomènes cérébraux, assoupissement, paralysies momentanées de quelques parties de la face.

Quelquefois l'encéphalocèle n'est pas recouvert des téguments du crâne, et la tumeur apparaît avec les méninges seulement.

On pourrait confondre ces tumeurs avec les céphalœmatomes, mais les battements réguliers très-sensibles, très-appréciables, le bord osseux qui entoure la tumeur, sont autant de caractères distinctifs de l'encéphalocèle. Ainsi le diagnostic ne pourrait être difficile que dans le cas de très-petites tumeurs, ou dans les cas où elles apparaissent par des sutures osseuses très-peu étendues, comme à la suture fronto-ethmoïdale; une tumeur du volume d'un pois, située dans cette région, fut prise par nous et par plusieurs confrères de la Société de chirurgie pour une tumeur érectile, elle fut étreinte par une ligature, il survint une méningite rapide qui enleva le malade le surlendemain de l'application du fil qui étranglait la tumeur. Les fongus de la dure-mère pourraient être confondus avec l'encéphalocèle, car on a observé chez les enfants de véritables fongus, mais dans ces cas la tumeur n'est pas longtemps recouverte par la peau, elle use et détruit la paroi osseuse, elle est à vif, la surface est saignante, les battements ne sont pas toujours sensibles, car les fongus viennent quelquefois du tissu osseux, et ne sont pas accolés à la dure-mère; quoi qu'il en soit, ils ont souvent l'aspect de tumeurs cancéreuses encéphaloïdes.

Le *pronostic* de l'encéphalocèle est toujours grave; tout ce qu'on peut espérer, c'est que la tumeur reste stationnaire.

Si elle est peu volumineuse, les enfants peuvent vivre plus ou moins longtemps, mais quand elle a un volume assez considérable, les facultés intellectuelles sont plus ou moins altérées, quelquefois les sujets sont idiots.

Traitement. — Lorsque l'encéphalocèle est compliqué d'épanchement, les ponctions sont indiquées; on a cité des guérisons, non pas de l'encéphalocèle, mais de l'épanchement; mais sans cela on doit borner le traitement à une compression légère avec des plaques de cuir garnies, plutôt pour garantir la tumeur des chocs extérieurs que pour la comprimer, ce qui serait dangereux dans la plupart des cas.

On comprend que ces plaques peuvent prévenir des chocs violents qui ont souvent déterminé une mort prompte, comme on a pu le constater dans quelques cas rares où on a cherché à les enlever.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Recherches sur le principe amer de l'écorce des oranges amères.

Par M. C. Blottière, pharmacien.

Presque tous les pharmacologistes se sont occupés du principe amer contenu dans les écorces d'oranges ; tous, sans exception, ont considéré ce principe comme des plus puissants pour relever les forces des organes digestifs débilités ; quelques-uns même lui ont attribué des propriétés fébrifuges.

L'incontestable efficacité du principe amer contenu dans les écorces d'oranges m'a déterminé à entreprendre une série de travaux dans le but de donner aux préparations qui le contiennent une fixité qu'on ne rencontre pas ordinairement dans les divers médicaments qui ont pour base l'écorce d'oranges amères.

En effet, le sirop d'écorces d'oranges amères du codex est un médicament dont la conservation est, sinon impossible, du moins très-difficile, tous les praticiens l'ont reconnu ; d'ailleurs, comme tous les sirops faits par infusion, il est sujet à une variation très-grande, non-seulement dans la qualité, mais encore dans la quantité du principe extractif contenu dans les écorces d'oranges amères. Cette variation est une des principales causes auxquelles on doit attribuer les divergences d'opinion des pharmacologistes sur ce principe.

Une autre cause qui a puissamment contribué à l'instabilité de l'action de ce médicament, est due à un principe mucilagineux et fermentescible qui se trouve toujours entraîné par l'infusion d'écorces d'oranges qui sert à la préparation ordinaire du sirop ; ce principe fermentescible agit immédiatement et décompose au bout de quelques jours les sirops d'écorces d'oranges les mieux préparés.

Après nous être convaincu que le principe amer des écorces d'oranges amères ne partage pas cette propriété altérable, nous avons cherché un moyen qui nous permît de séparer la matière mucilagineuse qui donne aux préparations du codex cette instabilité si redoutable pour le médecin.

Nos travaux nous ont conduit à constater que l'écorce d'oranges amères cède à l'eau bouillante 36 pour 100 de matière extractive, que cette matière extractive renferme près du tiers de son poids d'un principe mucilagineux, sans saveur, et jouissant de la propriété de déterminer la fermentation très-rapidement.

Ces faits une fois établis, nous avons pensé qu'il pourrait être utile de faire un sirop contenant toujours la même quantité de matière extractive et complétement débarrassée de tout principe fermentescible.

En conséquence, nous avons préparé un extrait d'écorces d'oranges amères en faisant deux infusions successives d'écorces d'oranges amères par l'eau bouillante. Ces infusions ont été évaporées au bain-marie, jusqu'à consistance sirupeuse; nous avons repris cet extrait rapproché par l'alcool à 33 degrés ; toute la matière extractive amère, sans exception, se dissout dans l'alcool; la matière mucilagineuse, au contraire, se précipite sous la forme d'une masse gélatineuse, et lorsqu'elle a été lavée à plusieurs reprises par l'alcool, elle devient complétement sans saveur, et ne présente plus alors qu'une masse très-facile à dessécher et tout à fait insipide.

Différents extraits préparés successivement sur des quantités plus considérables que celles employées il y a quelques années, nous ont donné des résultats identiques. Après avoir opéré sur 10, 20, 100, 127, 135, 150 kilogrammes, les variations qualitatives ont été d'une importance minime, surtout si l'on tient compte des écorces employées; l'expérience m'a confirmé d'une manière certaine la préférence à donner aux écorces d'oranges amères, dites *écorces* en rubans, ou *curaçao* zesté.

L'action tonique de l'extrait d'écorces d'oranges amères ayant été préconisée par la plupart des pharmacologistes comme un tonique légèrement excitant, nous avons pensé qu'un sirop qui contiendrait ce principe actif rigoureusement dosé, pourrait être avantageux et trouverait évidemment un emploi fréquent entre les mains des médecins instruits qui ont besoin, pour se rendre un compte exact de l'efficacité d'un médicament, de trouver une préparation qui soit toujours identiquement la même.

En conséquence, nous avons préparé un sirop d'écorces amères au vin de Madère, et pour rappeler la différence essentielle qui existe entre ce sirop et celui du codex, nous avons proposé de le nommer *sirop gastrosthénique* d'écorces d'oranges amères au vin de Madère.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Monsieur le Rédacteur,

Nous avons lu dans le temps, avec beaucoup d'intérêt, un article bibliographique du *Bulletin de Thérapeutique*, sur la Clinique médicale de Graves, traduite et annotée par M. le docteur Jaccoud (numéro du 15 juillet 1862), et nous y avons trouvé, entre autres, ce passage qui s'est profondément gravé dans notre mémoire : «... Engageons-le (M. Jaccoud), en finissant, à doter la médecine française de quelques traductions anglaises et allemandes, que nous ne lui indiquerons pas, parce qu'il sait mieux que nous ce qui nous manque à cet égard, et qui contribueraient heureusement, avec le livre de Graves, à révivifier l'esprit médical français, qui va s'émiettant tous les jours davantage, à le révivifier, dis-je, au contact de l'esprit plus hardiment synthétique de nos confrères d'outre-Manche et du Rhin, du Rhin surtout, où tout n'est pas rêve, quoi qu'on en dise. »

S'il nous avait fallu un encouragement pour entreprendre une œuvre telle que le *Bulletin de Thérapeutique* l'a conseillée à M. Jaccoud, nous l'aurions trouvé dans les lignes que l'on vient de lire. Nous nous le sommes tenu pour dit, et, si nous n'avons pas le talent incontestable et incontesté de M. Jaccoud, qui a su donner à un livre d'un immense mérite, mais distancé par d'autres productions, sur lesquelles les travaux et les découvertes de l'époque contemporaine ont laissé leur empreinte, l'aspect d'un ouvrage entièrement nouveau, grâce aux notes si savantes dont il l'a enrichi, nous avons choisi, de notre côté, un ouvrage sorti de la plume d'un auteur contemporain si haut placé dans l'estime de ses confrères d'outre-Rhin, que son livre y est dans toutes les mains et sert de *vade mecum* à tout ce qui est *étudiant* ou *praticien* en Allemagne. Si donc, dans ce pays, tout n'est pas rêve, comme veut bien en convenir le rédacteur de l'article du *Bulletin de Thérapeutique*, il y avait lieu de se préoccuper en France d'un succès aussi extraordinaire et de faire connaître à nos compatriotes l'œuvre qui a su le mériter.

Ceci bien établi, il nous était permis d'espérer que le *Bulletin de Thérapeutique* consacrerait à ce travail une appréciation écrite en parfaite connaissance de cause et qu'avant tout il n'égarerait pas le jugement de ses abonnés en reprochant à la pathologie de

Niemeyer, comme il vient de le faire dans son article du 30 novembre 1865, des défauts imaginaires. Nous tenons à relever ici l'inexactitude de deux reproches dont la fausseté ne pourra échapper à aucun lecteur attentif et impartial.

Il est dit d'abord dans l'article en question : « L'anatomie pathologique occupe la plus grande partie de cet ouvrage, et l'on comprend l'importance qui lui est accordée dans un pays qui a produit tant d'illustres anatomistes. »

S'il en était ainsi, si réellement la pathologie était absorbée par l'anatomie pathologique, ce serait un grave défaut dans un livre de pathologie spéciale ; mais c'est précisément le contraire qui a lieu, et le mérite de Niemeyer consiste à n'avoir pas cédé, sous ce rapport, à un penchant national, à n'avoir pas subordonné la maladie étudiée sur le vivant dans ses causes, son mode de développement, ses symptômes et son traitement, aux révélations faites par le cadavre. La sobriété en détails anatomiques n'est pas ce qui frappe le moins, et ceux qui se rencontrent dans le livre sont si indispensables que l'ouvrage serait incomplet s'ils avaient été laissés à l'écart. Il suffit, pour s'en convaincre *de visu*, de regarder l'étendue si restreinte des paragraphes consacrés à l'anatomie pathologique, comparativement à ceux qui traitent de la pathogénie et de l'étiologie, des symptômes et de la marche et souvent même du traitement. Tout, en un mot, est à sa place, et si l'auteur avait cédé à un penchant, ce serait plutôt à celui d'expliquer physiologiquement la pathogénie, les symptômes et les résultats du traitement, qu'à la vaine satisfaction d'étaler sous les yeux du lecteur un luxe de développements anatomiques d'une utilité pour le moins contestable.

Une seconde assertion, aussi peu fondée, est la suivante : « Les indications thérapeutiques reposent souvent sur des données théoriques que l'expérience n'a pas encore sanctionnées, et c'est là, etc., etc. » Pour réduire à néant ce deuxième reproche, il suffit encore de renvoyer le lecteur au texte de l'ouvrage ; car à tout moment telle ou telle médication y est condamnée, « parce qu'elle s'appuie sur des déductions, des raisonnements *à priori* et non sur les données de l'expérience. » D'un autre côté, Niemeyer n'hésite pas de recourir à un médicament reconnu inutile, sans attendre qu'une explication plus ou moins scientifique de son mode d'action vienne en légitimer l'emploi pour ceux qui ne veulent rien admettre en dehors du cercle des idées au milieu desquelles ils vivent aujourd'hui et qui ont la superbe audace d'appeler impossible et

de nul effet un remède qui guérit tout en déroutant le raisonnement du médecin qui en a signé l'ordonnance. Niemeyer, chaque fois que l'occasion lui est fournie de constater l'accord entre la théorie et la pratique, s'en réjouit et constate hautement cet accord; mais ce n'est qu'après avoir laissé d'abord parler l'expérience qu'il cherche à se rendre compte du mode d'action et du côté par lequel il est possible de rattacher le fait thérapeutique aux lois connues de la physiologie. Dans ces tentatives il lui arrive parfois d'échouer, mais ce n'est pas à nous qu'il laisse le soin de lui démontrer l'inanité de ses efforts; il avoue franchement, quand il y a lieu, notre insuffisance, plutôt que de s'aventurer dans de vaines conjectures. Ce n'est peut-être pas là son moindre mérite, car dire ce qu'on ignore, c'est faire appel à la sagacité et au travail d'autrui, c'est apporter doublement sa pierre à l'achèvement de l'édifice, c'est poser les jalons du progrès.

Veuillez, etc. Drs L. Culmann, Sengel.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'ataxie locomotrice, par M. le docteur Paul Topinard, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Académie de médecine.

Il y a quelques années encore, l'ataxie locomotrice progressive était complétement inconnue en France; mais grâce aux nombreuses recherches dont elle a été l'objet de la part des observateurs, à la tête desquels il est juste de citer M. Duchenne et M. le professeur Trousseau, cette maladie est maintenant l'une des mieux connues dans ses manifestations, sinon des mieux définies dans sa nature.

Parmi les ouvrages qui ont paru sur ce sujet dans ces derniers temps, il faut accorder une mention spéciale à celui du Dr Topinard, qui a valu à son auteur une récompense importante dans la distribution faite par l'Académie de médecine, à la fin de l'année dernière.

Au début de son travail, M. Topinard envisage l'ataxie locomotrice comme un phénomène du domaine de la pathologie générale, comme un symptôme dont il poursuit la recherche dans les principaux groupes de maladies.

Pris dans son acception la plus large, le symptôme ataxie loco-

motrice est synonyme de désordre de locomotion et d'équilibration, compatible avec l'intégrité de la force musculaire et différent du tremblement de la chorée et des convulsions.

Il peut se présenter sous trois formes : dans l'une, le malade, pris d'une singulière tendance à tourner sur lui-même, à balancer la tête, à reculer, à se précipiter en avant, exécute encore des mouvements coordonnés. Dans l'autre, il ne peut se tenir debout et marcher avec sûreté, non parce que les muscles se dérobent à toute coordination, mais parce qu'il est frappé d'une sorte de vertige, de sensation spéciale dont il place lui-même le siége dans sa tête. Dans la troisième forme, les mouvements échappent au contrôle de la volonté, sont indécis, irréguliers ou désordonnés, et, par cela même deviennent incapables d'accomplir les opérations complexes de la marche et de l'équilibration.

Aux deux premières formes, M. Topinard applique la dénomination d'ataxie encéphalique pour rappeler leur origine probable, en réservant celle d'ataxie locomotrice proprement dite.

Si, dans les affections cérébelleuses, l'ataxie encéphalique est fréquente sous forme d'inpulsions insolites et de la titubation que tous les observateurs s'accordent à distinguer de l'ataxie véritable; celle-ci est extrêmement rare, mais cependant son existence repose sur des faits irrécusables.

Contrairement à l'opinion émise d'abord par M. Bouillaud, et partagée par un certain nombre de médecins, M. Topinard déclare que l'incertitude des mouvements et la titubation, qui se manifestent au début de la paralysie générale, ne sont pas de l'ataxie, mais tiennent simplement sinon à la paralysie, du moins à l'affaiblissement musculaire général. Par contre, il admet une forme ataxique de cette maladie, dont il donne un spécimen qui ressemble beaucoup aux faits considérés par M. Baillarger comme des exemples d'association de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice progressive. Dans la pensée de l'auteur, la production de cette forme spéciale serait due à une propagation des lésions méningo-encéphaliques de la folie paralytique aux cordons postérieurs de la moelle, en vertu d'un processus morbide analogue à celui qui marche en sens inverse dans les cas où la paralysie générale vient compliquer ou terminer l'ataxie locomotrice progressive.

C'est encore à la faiblesse musculaire qu'il convient de rattacher l'attitude vacillante que présentent les individus atteints d'alcoolisme indépendamment du tremblement, et l'ataxie locomotrice ne se rencontre chez eux qu'à titre de symptôme exceptionnel, et

peut-être, par le fait d'une lésion de la moelle, dont l'abus des liqueurs fortes favoriserait le développement.

Pour les médecins qui regardent l'ataxie comme l'expression immédiate de l'anesthésie musculaire, ce symptôme est fréquent dans l'hystérie. Après avoir démontré l'absence de l'ataxie véritable dans les paralysies du sens musculaire, si communes dans cette névrose, M. Topinard ne rencontre ce phénomène que dans un très-petit nombre de cas, et il s'explique cette rareté, en admettant que la production de ce trouble fonctionnel exige la présence d'une lésion matérielle, bien que l'existence confirmée d'ataxies réflexes s'oppose à cette supposition.

Dans les affections de la moelle épinière, le phénomène est toujours caractérisé par l'insubordination musculaire et sa fréquence autorise à en faire la caractéristique d'une espèce dite ataxique, à côté de la forme paralytique la plus ordinaire, et de la forme *agitans* la plus rare.

Etudiant ensuite, au point de vue clinique, les divers types auxquels se réduisent les nombreuses observations d'ataxie d'origine médullaire qu'il a pu réunir, l'auteur ne tarde pas à en rencontrer un qui frappe par son importance et sa fréquence et qui est essentiellement caractérisé, non par l'ataxie locomotrice, mais par l'existence de troubles oculaires précédant les troubles médullaires.

« Ce qui frappe dans ce type, dit l'auteur, c'est l'apparence d'une maladie générale du système nerveux, s'attaquant d'abord à la périphérie des nerfs sur place, puis aux cordons postérieurs de la moelle ; se traduisant, pour les premiers, par des phénomènes paralytiques, pour les seconds, par des phénomènes ataxiques ; c'est surtout cette indépendance qu'affectent les deux ordres de lésions nerveuses et médullaires. »

Ces caractères sont assez importants pour constituer une espèce morbide particulière, à laquelle on peut conserver la dénomination qu'elle a reçue de M. Duchenne, qui l'a parfaitement étudiée dans ses parties cliniques essentielles.

M. Topinard tend donc à considérer l'ataxie locomotrice progressive comme une maladie générale à part du système nerveux, et, lorsqu'il aborde la question de sa nature, il admet une lésion de nutrition, une dégénérescence grise, s'attaquant à tout le système avec une prédilection marquée pour les nerfs crâniens et les cordons postérieurs de la moelle.

On voit combien cette manière d'envisager cette affection diffère de l'opinion des observateurs qui l'ont décrite sous les dénomina-

tions de *tabes dorsalis*, de dégénérescence grise des cordons postérieurs, de sclérose spinale postérieure; indiquant toutes une tendance à en placer le siége fondamental dans la moelle, en reléguant sur un plan secondaire les altérations périphériques des nerfs.

La seconde partie de cet ouvrage, qui est de beaucoup la plus importante, est consacrée à l'histoire de la maladie désignée par M. Duchenne, sous la dénomination d'ataxie locomotrice progressive.

Dans un historique très-complet, dont les principaux éléments sont empruntés à la littérature étrangère, on apprend que cette affection était connue depuis longtemps en Allemagne, puisqu'on en retrouve une description assez nette dans la médecine pratique d'Hufeland (1834).

Après le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, dans lequel on trouve une description très-soignée des lésions anatomiques qui caractérisent cette maladie, nous signalerons à l'attention du lecteur celui qui traite de la symptomatologie. Le médecin y puisera les notions les plus exactes sur les caractères et l'enchaînement des symptômes qui marquent les diverses périodes; sur les formes que les phénomènes morbides peuvent affecter et sur les complications qui viennent ajouter à la gravité de cette affection.

Dans un chapitre spécial et étendu, le praticien trouvera l'indication et un examen critique sérieux de tous les moyens thérapeutiques employés : iodure de potassium et électricité (Duchenne); les émissions sanguines locales, les révulsifs, les bains sulfureux, l'hydrothérapie, l'usage des eaux minérales; l'électricité (courants constants et continus, méthode de Remak), la strychnine, l'essence de térébenthine, l'arsenic et enfin le nitrate d'argent. On lira avec intérêt l'histoire complète de ce médicament, dans lequel certains médecins ont cru avoir trouvé un spécifique, et si les conclusions de ce travail ne sont pas très-encourageantes, elles sont cependant utiles à connaître pour dissiper les illusions et éviter bien des déceptions.

C'est à la fin de l'ouvrage que se trouvent discutées les questions les plus épineuses et les plus controversées de ce sujet, c'est-à-dire celles qui se rattachent à la physiologie, soit de la maladie en elle-même, soit de son symptôme principal.

Analysant les principaux caractères du phénomène, l'auteur arrive à conclure qu'il ne s'agit pas d'une perversion, d'une aberration, mais plutôt d'une exaltation fonctionnelle. « L'ataxie locomotrice se manifeste sous forme d'une activité musculaire très-

exaltée, que met en jeu la volonté, mais que celle-ci est impuissante à gouverner, et les mouvements désordonnés qui en résultent ont l'apparence de convulsions d'ordre réflexe ou involontaires. » Telle paraît être aussi l'opinion de M. le professeur Trousseau, lorsqu'il dit : « Les désordres musculaires de l'individu atteint de la maladie de Duchenne sont identiques avec ceux existant dans la danse de Saint-Guy, et sont spasmodiques au même titre... »

Quant à la cause physiologique de ce phénomène, elle consiste dans l'altération de la propriété coordinatrice de la moelle, c'est-à-dire du pouvoir réflexe.

Telle est l'opinion à laquelle M. Topinard se trouve amené après avoir démontré que l'ataxie locomotrice ne dépend ni de l'anesthésie cutanée, ni de l'anesthésie musculaire ou profonde, qui déterminent des troubles de la motilité tout différents et en l'absence desquelles elle peut se manifester. L'auteur reprend ainsi une idée émise dès 1847 par Todd, partagée ensuite par Gull, en Angleterre, et à laquelle les dernières recherches de Brown Sequard sur les fonctions des diverses parties de la moelle sont venues donner un grand degré de certitude.

L'ouvrage que nous venons d'analyser nous paraît avoir une importance et une valeur très-réelles. Il révèle dans son auteur un clinicien très-exercé, un travailleur consciencieux et complétement au courant de la question.

Les recherches bibliographiques extrêmement étendues qui s'y trouvent indiquées, les nombreuses observations, au nombre de deux cent cinquante, qui y sont consignées, font de ce travail la monographie la plus complète qui ait paru jusqu'à ce jour, et digne, sous tous les rapports, de la haute distinction qui lui a été accordée.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Névralgie de la cinquième paire (branches maxillaires supérieure et inférieure) rebelle a un grand nombre de traitements, guérie par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. — Krohn (Jean), âgé de quarante ans, cordonnier, demeurant à Saint-Denis, rue de la Fromagerie, 17.

Entré à la Charité le 19 mai 1865, salle Saint-Ferdinand, service de M. Nonat.

Cet homme fait remonter à seize mois le début de la maladie qui l'amène à l'hôpital. Il raconte qu'en janvier 1865, après avoir fait quelques libations, auxquelles il est d'ailleurs sujet, il alla coucher dans une cave. Il s'endort, mais est bientôt réveillé par une douleur aiguë ayant pour siége les trous sous-orbitaire et mentonnier, et s'irradiant à la partie inférieure de la face et au cuir chevelu du côté droit.

Cette douleur persista depuis lors, exaspérée par le moindre mouvement, au point que le malade ne put reprendre son travail ni retrouver le sommeil. Il dit ne pouvoir ni boire, ni manger, ni parler, sans éprouver des souffrances atroces.

Il nous apporte la liste des traitements qu'il a suivis. Dans le nombre se trouvent :

Trente-quatre vésicatoires simples ou morphinés sur les diverses parties de la face.

Le sulfate de quinine, l'opium, la belladone, sous toutes leurs formes d'administration.

L'urtication, l'électricité, l'eau sédative, la valériane, des pommades avec :

Axonge........	12 grammes.	Axonge........	12 grammes.
Vératrine......	0gr,20.	Acét. de morph.	0gr,25.

Des embrocations sur la partie malade avec :

Ether....................................	15 grammes.
Esprit de camphre..........................	30 grammes.
Teinture de girofle.........................	10 grammes.
— de myrrhe........................	5 grammes.

Et autres traitements empiriques.

Enfin, des douches de vapeur; l'usage de températures extrêmes; extraction de plusieurs dents, etc.

Tout a échoué.

A son entrée, 19 mai : Facies fatigué, ridé, contracté par la douleur. Celle-ci augmente par les mouvements qui résultent de la mastication, de la parole, etc. Le malade tient constamment sa joue droite dans la paume de la main, poussant des gémissements, ne répondant que par monosyllabes.

0,45 centigrammes d'une solution de chlorhydrate de morphine au 1/20 (= 0,022 de chlorhydrate de morphine) sont injectés au niveau du trou sous-orbitaire, qui représente le siége principal de la douleur.

Le malade éprouve un soulagement graduel de la douleur, qui

arrive à être presque complet au bout d'une demi-heure. Une heure après il mange une portion assez facilement.

Les 20, 21, 22, 23. La même injection est faite chaque matin à jeun. La douleur ne reparaît qu'à de très-longs intervalles et n'est rien comme intensité auprès de ce qu'elle était auparavant. Aucun des traitements précédents n'a donné un pareil résultat.

L'insomnie persiste ; mais le malade nie que la douleur, qui est très-faible, en soit la cause.

Le 24. Pas d'injection.

La douleur a reparu dans la soirée. Le malade a de nouveau de la peine à prendre ses repas.

Les 25 et 27. L'injection hypodermique est faite chaque jour à la même dose, et au point où le malade accuse le maximum de la douleur ; tantôt le trou sous-orbitaire, tantôt le mentonnier ; quelquefois à la tempe.

Les 28 et 29. La douleur n'a reparu que de trois à sept heures du matin.

Le 30. L'injection est faite à dix heures du soir.

Le 31. La nuit a été bonne, sans douleur ; cependant le sommeil ne revient pas. Pas d'injection.

1er juin. Quelques élancements douloureux dans la journée, mais peu intenses et ne s'irradiant plus au front ni au cuir chevelu. Le malade dit que la nature de la douleur a changé ; il se plaint seulement des derniers points piqués, qui sont durs, gonflés et un peu sensibles au toucher. Il se dit fatigué de l'absence de sommeil, qui est toujours indépendante de la douleur.

La morphine ne pouvant agir sur ce dernier symptôme, on essaye de la remplacer par le sulfate d'atropine.

Une injection est faite à six heures du soir avec une solution d'atropine au 1/100, en quantité suffisante pour injecter 0,005 d'alcaloïde.

Accidents intenses d'intoxication atropique (agitation, rêvasseries, troubles de la vue, dilatation considérable des pupilles, sécheresse de la gorge, vomissements). Café.

Les 2 et 3 juin. Pas d'injection. Les accidents disparaissent. La névralgie se fait sentir à de rares intervalles, d'une manière insignifiante.

Le 4. On continue cependant les injections, qui sont faites à six heures du soir (trois heures après le repas), en associant la morphine et l'atropine aux doses suivantes :

Chl. morphine....................................	0gr,01
Sulf. d'atropine..................................	0 ,002

Les 5, 6 et 7. Quelques nausées et vomissements pendant une heure ou deux après l'injection. La douleur ne reparaît pas, et le malade, qui a retrouvé quelques heures de sommeil prend très-bien son parti des légers symptômes atropiques qui succèdent à l'injection.

Les 8, 9 et 10. L'injection faite à dix heures du soir (six heures après le repas) est réduite à :

Chl. morphine..................................	0gr,01
Sulf. d'atropine................................	0 ,001

Mêmes vomissements, sécheresse de la bouche, etc.

Les 11, 12 et 13. Pas d'injection. Les symptômes atropiques ont disparu. Les douleurs névralgiques ne se sont plus fait sentir, et le malade a repris peu à peu l'habitude de dormir.

Il demande à sortir le 14, se disant complétement guéri.

Le 21. La guérison est maintenue.

Krohn revient en septembre, se plaignant d'une douleur siégeant à l'arcade dentaire inférieure droite.

Elle disparaît totalement par l'injection de 0gr,01 de chlorhydrate de morphine, répétée deux fois à un jour d'intervalle et faite dans l'épaisseur de la gencive du côté douloureux.

De ce fait résulte :

1° La tolérance de 0gr,01 à 0gr,02 de chlorhydrate de morphine et l'action évidente de cet alcaloïde, administré par la méthode hypodermique sur une névralgie rebelle aux opiacés donnés à l'intérieur et à une foule d'autres médications, tant internes qu'externes ;

2° Son action nulle sur le sommeil (dans ce cas particulier) ;

3° L'intolérance de l'atropine, quoique à dose faible et associée à la morphine.

Dr Revilliod,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Pneumonie double chez un très-jeune enfant ; emploi interne de l'alcool à haute dose ; guérison. Aux faits que nous avons déjà publiés, et qui témoignent des bons effets de la médication alcoolique dans les cas de maladies aiguës où l'indication dominante est de relever et de soutenir les forces, nous ajouterons le suivant, dû à l'observation de M. le docteur Terrier.

Le 15 mai dernier, on apporta à notre confrère une petite fille de vingt-huit mois, très chétive, affectée de strabisme à droite, de contracture des muscles de la face et de développement incomplet du pavillon de l'o-

reille du même côté. La petite malade, renversée sur sa mère, était d'une pâleur extrême et respirait à peine; les ailes du nez cédaient à des inspirations courtes et saccadées ; le bruit de l'air à travers le larynx ressemblait à celui d'un enfant asphyxié par le croup ; cependant la face et les lèvres n'avaient pas cette empreinte violacée des derniers temps de l'asphyxie ; on ne découvrait pas de fausses membranes dans la gorge, on n'en avait pas découvert depuis six jours que durait la maladie ; il y avait seulement une rougeur uniforme avec gonflement du pharynx et de l'arrière-bouche, et engorgement des ganglions sous-maxillaires. A l'auscultation, on entendait un souffle très-marqué des deux côtés de la poitrine, mélangé de râle crépitant, et la percussion faisait constater une matité presque complète dans les points correspondants. Le pouls était d'une faiblesse extrême et faisait redouter une mort prochaine. L'indication thérapeutique était, en pareil cas, de relever les forces et de recourir aux révulsifs. En conséquence, potion avec éther et esprit de Mindererus, vésicatoire vers la nuque, sinapismes promenés sur les membres inférieurs. Il y eut un peu de calme pendant trois ou quatre heures de la nuit; mais au réveil, la dyspnée reparut par accès très-intenses ; l'enfant refusait de prendre la potion. Ce fut alors que M. Terrier se décida à tenter l'effet de l'alcool à l'intérieur. Un verre à liqueur de rhum dans un verre d'eau sucrée fut d'abord donné par petites doses fréquemment répétées, puis on administra de la même manière un julep gommeux de 120 grammes, additionné de 50 grammes de rhum de la Jamaïque Une nouvelle application de vésicatoire fut faite sur les parois thoraciques, et, par une erreur de la mère, sur une plus grande étendue que ne le comportait la prescription. Treize heures plus tard, l'enfant couchée sur le ventre, paraissait tranquille depuis plusieurs heures ; la prostration était remplacé par un véritable sommeil. Elle avait pris le verre d'eau sucrée au rhum et une partie du julep. La respiration était plus douce, et l'on entendait moins de souffle, le murmure respiratoire se mêlant un peu aux râles sous-crépitants. Le pouls, doublé de volume, battait 120. Les extrémités, de froides qu'elles étaient la veille, étaient devenues colorées et chaudes. Les vésicatoires furent pansés, et le julep au rhum continué pendant la nuit, qui fut assez tranquille. Le 17 au matin: l'enfant demandait à boire, premier signe qu'elle donnât depuis plusieurs jours du retour à la conscience d'elle-même et des besoins qu'elle éprouvait. Cette soif, ordinaire chez les malades traités par les alcooliques, fut apaisée au moyen de lait coupé, qu'on donna alternativement avec une nouvelle potion au rhum. A partir de ce moment, malgré une fièvre qui persista intense pendant quelques jours et qui paraissait due surtout aux plaies des vésicatoires enflammées et recouvertes de plaques pseudo-membraneuses, l'enfant alla de mieux en mieux sous le rapport de la phlegmasie pulmonaire ; le souffle disparut totalement, puis les râles sous-crépitants, en même temps que la résonnance à la percussion redevenait normale. Les plaies pansées avec du vin rouge, puis saupoudrées d'amidon et recouvertes de linges cératés, se détergèrent assez rapidement. Le 27 mai, l'enfant avait repris une figure rosée et une apparence de santé que sa mère ne lui avait jamais connues. (*Revue de Thérap. méd. chir.*, 15 juillet.)

Sur l'emploi des affusions froides dans le choléra typhoïde. L'un des caractères les plus saillants de l'épidémie cholérique a été la prédominance de l'état typhoïde dans la période de réaction. Tous les malades qui, au sortir de l'algidité, étaient pris de somnolence, succombaient presque infailliblement. Après avoir eu recours, pour combattre cette somnolence, aux médications les plus diverses, excitants internes : café, ammoniaque, etc., stimulations extérieures, vésicatoires multipliés, frictions, brossage, sinapisation continue à force d'être repetée, ventouses sèches, ventouses scarifiées à la nuque, glace sur la tête, sangsues aux oreilles, bains sinapisés, voire mêmeapplications multiples du marteau de Mayor, M. Alfred Fournier, chargé d'un service de cholériques à l'hôpital Lariboisière, eut l'idée d'employer les affusions froides.

Voici quel était le mode d'application : le malade était placé dans une baignoire vide, on lui versait sur tout le corps deux ou trois arrosoirs d'eau froide, en l'arrosant en avant des pieds à la tête et en arrière spécialement au niveau du rachis. Puis aussitôt il était rapidement essuyé, replacé dans

son lit et entouré de linges chauds, de boules chaudes.

Les effets immédiats de cette sorte de douche étaient saisissants dans la presque totalité des cas. Tout d'abord un frisson très-accusé, suivi bientôt du retour de la chaleur et d'une réaction assez franche. Puis, fait le plus important, modification immédiate du facies; au lieu de l'habitude de la somnolence, œil ouvert et brillant, regard animé, réveil de l'intelligence et des sens. Tel malade, profondément endormi il n'y a qu'un instant, répondait aux questions et parlait même parfois spontanément. Les plus somnolents sortaient, pour quelques instants du moins de leur état de torpeur et semblaient revenir à la vie. C'était un véritable changement à vue, tant la modification était subite et radicale.

Malheureusement, hélas! ces phénomènes d'excitation n'étaient que momentanés. Même dans les cas les plus heureux, ils s'atténuaient rapidement; trop souvent, ce n'était qu'un éclair disparaissant sans laisser de traces.

De là, l'indication de répéter ces douches pour soutenir l'effet de la médication, trois, quatre, cinq, huit fois et plus dans les vingt-quatre heures.

Bien que ce moyen n'ait pas réussi constamment, il a rappelé à la vie des malades dans des conditions telles qu'on les croyait perdus sans ressource. (*Gazette des hôpitaux.*)

Névralgie de la langue; guérison au moyen de l'électricité. Un homme âgé trente de ans, fut pris tout d'un coup d'une violente douleur dans la moitié postérieure du côté gauche de la bouche, vis-à-vis à peu près de la dernière molaire. De ce point la douleur s'étendait à la partie antérieure de la langue; elle était si vive qu'elle privait le malade du sommeil. Mastication difficile et douloureuse, langue chargée d'un enduit jaunâtre; haleine fétide, appétit perdu, céphalalgie et constipation, tels étaient les symptômes concomitants. Au bout de quelque temps la douleur se propagea jusqu'à la glande sous-maxillaire; les gencives devinrent également douloureuses. Le docteur Neffe diagnostiqua une névralgie du nerf lignal, la douleur ayant son maximum d'intensité au point où ce nerf est le plus superficiel. Des applications émollientes et narcotiques, l'instillation dans l'oreille de laudanum et d'une solution de sulfate d'atropine, restèrent sans aucun résultat. Le docteur Neffe eut alors recours à la faradisation, plaçant l'un des pôles dans le conduit auditif, préalablement rempli d'eau, et l'autre sur l'apophyse mastoïde. La douleur cessa immédiatement; elle revint ensuite, mais avec moins d'intensité, et il suffit d'un petit nombre d'applications nouvelles de l'électricité pour la faire disparaître d'une manière définitive (*Wiener med. zeitung, et British Med. Journ.* octobre 1865.)

De l'emploi de l'iodure de fer dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Voici les conclusions du travail de M. Millet, de Tours, qui vient d'être couronné par la Société impériale de médecine de Toulouse.

Le proto-iodure de fer n'est pas un spécifique de la phthisie.

Il détermine parfois des phénomènes de pléthore qui ne me semblent pas étrangers à la production des hémoptysies.

Un phthisique à tempérament sec, nerveux, irritable ou à tempérament sanguin, ne doit généralement pas être soumis à l'usage de ce médicament, à moins que ce ne soit à une période très-avancée de la maladie et comme reconstituant. Alors le proto-iodure de fer ne vaut pas mieux que toute autre préparation ferrugineuse.

Les phthisiques habitant un pays chaud, sec, excitant, doivent s'abstenir de cet agent médicamenteux.

Les malades à tempérament lymphatique, à constitution strumeuse, vivant sous un ciel brumeux, dans un climat froid, pourront en obtenir quelques bons effets, de l'amélioration parfois; des auteurs recommandables ont parlé de guérison.

Exerçant dans un pays tempéré où le froid et la chaleur ne sont point excessifs, je n'ai retiré du proto-iodure de fer que des avantages très-peu considérables dans le traitement de la phthisie. J'ai eu quelques améliorations remarquables; les lui dois-je?

Dans la phthisie galopante, et même dans la phthisie à marche un peu rapide, quand il existe de la fièvre, il y a contre-indication formelle de s'adresser à ce médicament.

Dans la phthisie strumeuse, dans la phthisie à forme torpide, tardigrade, quand il n'y a pas de phénomènes de réaction, le proto-iodure de fer peut rendre quelques services en tonifiant les individus, en ranimant leur appétit, etc.

Chez certains phthisiques, il m'a semblé que la maladie recevait un coup de fouet et marchait plus vite sous l'influence de cet agent médicamenteux.

Il faut se montrer réservé dans la prescription de cette préparation ferrugineuse, chez les jeunes filles atteintes de pseudo-chlorose.

Corps étranger des bronches chez un très-jeune enfant. Le fait qui va suivre ne renferme pas d'enseignement thérapeutique direct. On peut le considérer néanmoins comme n'étant pas étranger à l'objet spécial de ce journal ; car le traitement, dans les maladies, dépend d'une manière si étroite du diagnostic, que tout ce qui est de nature à rendre celui-ci plus exact et plus sûr, ou même simplement à mettre sur la voie qui y conduit, a par là même avec la thérapeutique une afférence dont la portée n'a pas besoin d'être justifiée.

Une petite fille, âgée de vingt-deux mois, entre en dépôt à l'hospice des Enfants assistés le 18 octobre dernier, dans un bon état de santé et reste bien portante jusqu'au 26 du même mois. Ce jour on s'aperçoit qu'elle a de violents accès de toux et de suffocation et on la transporte dans la salle de médecine.

A la visite du soir, M. Fredet, interne du service, trouva l'enfant presque asphyxiée, avec la voix éteinte, la respiration sifflante, la face injectée, une assez vive rougeur de la gorge, sans fausses membranes apparentes toutefois et sans engorgement des ganglions sous-maxillaires; il reconnut de plus à l'auscultation quelques râles muqueux dans la poitrine, mais pas de souffle et pas de matité. Craignant, en raison de la présence dans les salles de deux enfants atteints de croup, qu'il n'y eût là une laryngite pseudo-membraneuse survenue d'emblée, il prescrivit l'ipécacuanha ; aucune trace de fausse membrane n'apparut dans la matière des vomissements. Le 27 au soir et le 28 au matin, même état : toux croupale et accès de suffocation ; nouveau vomitif, encore sans expulsion de fausses membranes ; on se disposait à pratiquer la trachéotomie, lorsqu'un mieux s'étant manifesté, l'opération fut remise. A partir du 29, situation améliorée : continuation de la toux, mais disparition des accès de suffocation. Le 30, un rétablissement prochain semblait probable, lorsque, le 1er novembre, les accidents reparurent : toux convulsive, fièvre vive ; seulement de la rougeur de la gorge; rien de décisif à l'auscultation : on crut à une laryngite aiguë simple avec boursouflement considérable de la muqueuse et du tissu cellulaire laryngé. Nouveau vomitif, emplâtre de thapsia au devant de la poitrine, à la base du cou. Pas de suffocations jusqu'au 7 novembre ; ce jour à la suite d'un accès de toux, vomissement de pus mêlé d'un peu de sang, qu'on rapporta à la terminaison par suppuration de l'affection phlegmasique supposée; des vomissements semblables se renouvelèrent ensuite plusieurs fois, une diarrhée séreuse survint, qui fut attribuée à l'introduction du pus dans l'estomac et l'enfant succomba le 16. A l'autopsie, on trouva une rougeur uniforme du pharynx, du larynx et de la trachée, mais sans la moindre trace d'abcès ; l'aspect de la broncho-pneumonie dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche ; enfin, dans la première division des bronches, un corps dur (boucle d'oreille en verre bleu, en forme de poire), enkysté, déjà séparé des parois épaisses du tissu pulmonaire circonvoisin, avec du pus dans la cavité du kyste, et tout autour un noyau de pneumonie au troisième degré.

Il résulte de ce fait, comme le remarque M. Fredet, qu'en présence d'un enfant en bas âge, qui ne peut expliquer l'origine de son mal et dont les parents seraient eux-mêmes hors d'état de fournir sur ce point les renseignements nécessaires, l'esprit ne saurait être trop éveillé : en l'absence des éléments d'un diagnostic positif pour une autre affection bien déterminée, des symptômes analogues à ceux exposés dans cette observation pourraient conduire le médecin à soupçonner l'existence d'un corps étranger dans l'appareil respiratoire et ainsi le guider dans sa thérapeutique. (*Gazette des Hôpitaux*, 12 déc. 1865.)

Charbon végétal dans la dyspepsie flatulente; administration sous forme de capsules. Le charbon végétal, déjà recommandé pour le traitement de certaines affections gastro-intestinales à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci, notamment par Duval, par Brachet, puis par Barras, a été surtout employé, comme on sait, depuis le mémoire de Belloc et le rapport favorable que Patissier lut à l'Académie de médecine en 1849. Depuis lors, et sur la foi de ces travaux, on

admet généralement que de tous les charbons végétaux, le plus avantageux et le plus exempt d'inconvénients, est celui qui est préparé avec le bois de peuplier; on admet encore que le meilleur mode d'administration consiste dans la poudre rendue humide au moyen d'eau fraîche bien pure. Un praticien distingué de Londres, le docteur Leared, s'élève contre ces propositions dans un mémoire qu'il a publié récemment sur le traitement de la dyspepsie flatulente au moyen du charbon. Pour ce médecin, d'après son expérience, le charbon préparé avec les espèces de bois les plus compactes, est de beaucoup supérieur, comme absorbant des gaz, à celui qu'on obtient avec les buis légers. De plus, selon lui, le mode d'administration généralement employé et que nous avons rappelé ci-dessus, ne serait pas celui qui convient le mieux. Le charbon, dit-il, pour être efficace contre la flatulence de l'estomac, doit être introduit dans cet organe sous le même état où il se trouve quand il vient d'être retiré de la cornue; le moyen consiste à l'enfermer dans des capsules de gélatine, de manière à être mis en liberté dans la cavité gastrique lorsque la gélatine est dissoute. A l'objection que le charbon, bien qu'ingéré dans des capsules hermétiquement closes, doit nécessairement se saturer de liquides dès qu'il est devenu libre, l'auteur répond que le charbon ne s'humecte pas aisément, qu'il flotte à la surface des matières contenues dans l'estomac et que c'est dans cet état qu'il exerce son pouvoir absorbant. Il n'est pas facile de juger du mérite de ces diverses propositions. Sur celle qui se rapporte à la préférence à donner à la nature du bois, compacte ou léger, pour la préparation du charbon destiné à l'administration interne, l'expérience semblait avoir prononcé définitivement en faveur de ce dernier, et nous doutons qu'elle ait eu tort. Pour ce qui est de l'emploi des capsules gélatineuses pour faire parvenir dans la cavité gastrique la poudre de charbon sans qu'elle soit humectée, y a-t-il bien lieu de l'accepter? La dose de cette poudre, qu'on donne d'ordinaire, est assez considérable, puisqu'elle est de 1 à 4 cuillerées à bouche par jour : or, s'il fallait, pour faire ingérer les doses, employer un nombre considérable de ces capsules, n'y aurait-il pas à cela quelque inconvénient, puisqu'on sait que la gélatine du commerce, non-seulement ne concourt point à la nutrition, mais encore agit à la façon d'une substance purgative et est plutôt nuisible qu'utile? Si donc il était reconnu que pour administrer le charbon, il y ait avantage à employer la poudre sèche, nous aimerions mieux l'envelopper dans des pains azymes. (*Lancet*, 23 sept. 1865.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

De l'emploi de l'éther dans l'anesthésie chirurgicale. Depuis la découverte du chloroforme, cet anesthésique a presque détrôné complétement l'éther; c'est contre cette tendance que s'élèvent les chirurgiens de Lyon, et voici M. Pétrequin qui vient de montrer que l'éthérisation est une méthode bien préférable.

On sait que les cas de mort par le chloroforme sont nombreux; avec l'éther il n'y en a eu qu'un petit nombre. Et si l'on analyse les observations publiées, on constate que des cas de morts attribuées à l'éther, plusieurs n'ont eu lieu que deux ou trois, et même cinq et quinze jours plus tard, et qu'en outre l'opération avait été suivie de complications graves, indépendantes de l'éthérisation, comme hémorrhagies, etc., ce qui réduisait à une bien faible proportion les morts dont on pouvait accuser l'éther. Avec le chloroforme, c'est tout autre chose : les victimes sont très-nombreuses, et les accidents si prompts et si rapides, qu'il y a là un résultat direct et évident de cause à effet. On ne saurait déguiser ces accidents sous le masque des morts subites, car ces morts ont tous les caractères de celles qu'on provoque chez les animaux avec le chloroforme.

Ce n'est pas tout : avec l'éther les accidents sont progressifs et non instantanés; l'expérience a démontré qu'on peut toujours les arrêter par des moyens simples, et ce qui est mieux encore, on peut toujours les prévenir en surveillant la circulation et la respiration. Au contraire, avec le chloroforme, les malades succombent souvent comme frappés par la foudre; les accidents ont tant de violence et de soudaineté, qu'on ne peut ni les arrêter, en général, ni les prévenir, et c'est là une grande infériorité par rapport à l'éther.

La première condition consiste à ne se servir que d'éther d'excellente qualité. Or, on en trouve de concentré à 62 et à 63 degrés, qui est aussi rectifié que possible.

Voici le procédé que recommande M. Pétrequin : Je fais verser d'emblée sur les éponges du sac 20 à 25 grammes d'éther ; je recommande au patient de faire de grandes aspirations ; je ferme alors l'ouverture du sac avec la cheville, puis je fais doubler la dose d'éther. Il faut alors procéder en silence, sans parler ni répondre à l'opéré : je lui fais couvrir les yeux avec un mouchoir pour mieux l'isoler du monde extérieur. En général, l'anesthésie arrive assez vite et paisiblement.

Il est aisé de prévenir les accidents, en surveillant la circulation et la respiration. En général, le pouls s'accélère d'abord, puis se calme et se rapproche du rhythme normal ; s'il devenait concentré, irrégulier et plus ou moins misérable, il suffirait de cesser les inhalations et de donner de l'air. Quant à la respiration, elle commence par être resserrée et comme retenue, puis elle devient plus complète. Si on la voyait devenir pénible, irrégulière ou entrecoupée, il faudrait enlever l'appareil et faire jouer l'éventail. Je n'ai jamais eu de cas de mort ni même d'accidents graves à déplorer, grâce à ces précautions. (*Académie des sciences.*)

Luxation unilatérale de la cinquième vertèbre cervicale sur la sixième ; réduction trente-six heures après l'accident ; guérison. On sait combien c'est un grave accident que la luxation des vertèbres ; aussi, bien que la science compte maintenant un assez bon nombre de cas où la réduction a été entreprise avec succès, il ne peut être sans utilité de mettre sous les yeux de nos lecteurs les exemples de ce genre qui viennent à se présenter. Le suivant, outre l'intérêt qui s'attache aux guérisons obtenues à la suite de ces sortes de lésions, offre une grande importance au point de vue théorique, car il établit, contrairement à l'opinion de Boyer : 1° que la paralysie se rencontre dans des cas où la luxation ne porte que sur une seule des apophyses obliques ; 2° que le déplacement existait du côté concave du cou et que la tête était penchée de ce côté.

Le 8 juillet 1864, la nommée S***, âgée de cinquante-neuf ans, tomba du haut d'une voiture à foin, la tête projetée en avant. Relevée sans connaissance, elle ne tarda pas à revenir à elle ; mais alors elle s'aperçut qu'elle ne pouvait remuer la tête. M. le docteur Chrétien, appelé immédiatement, reconnut un déplacement des dernières vertèbres cervicales ; il fit, à plusieurs reprises, des tentatives de réduction qui n'aboutirent pas.

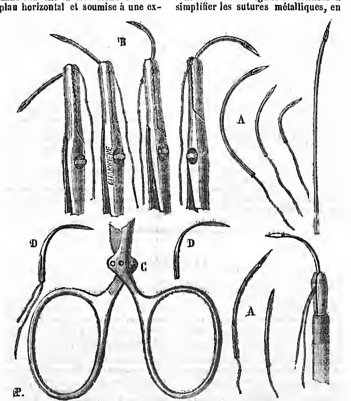
Le lendemain, M. le docteur Léon Parisot, professeur à l'École de médecine de Nancy, mandé à son tour, arriva auprès de la malade trente-six heures après l'accident. Voici, sommairement, les symptômes qu'il constata : cou fléchi en avant, face inclinée à droite, menton reposant un peu en dehors de l'articulation sterno-claviculaire. A droite, région cervicale présentant une concavité, avec relâchement des chefs inférieurs du sterno-mastoïdien ; à gauche, au contraire, convexité, surtout accentuée à la partie moyenne, muscles latéraux fortement tendus. En arrière, creux sous-occipital conservé, crête cervicale sans gibbosité apparente ; pas d'ecchymose. Cou et tête immobiles, mouvements communiqués douloureux ; station debout ou assise impossible ; la tête a besoin de reposer sur un plan horizontal. Face congestionnée, jugulaires distendues, légère exophthalmie, respiration difficile depuis la matinée. Membre supérieur droit paralysé du mouvement, avec sensibilité obtuse, fourmillements et sensation de froid, surtout au bout des doigts ; membre supérieur gauche libre, sauf quelques fourmillements. Aucune lésion du mouvement ni du sentiment dans les membres inférieurs ; excrétions alvine et urinaire normales. Anxiété grande, mais facultés intellectuelles intactes.

Ces phénomènes faisaient penser à une luxation d'une des cinq dernières vertèbres cervicales, et l'inclinaison de la tête droite, la concavité du cou du même côté, la paralysie du membre supérieur correspondant indiquaient que le déplacement était unilatéral, et qu'il siégeait dans les apophyses obliques droites de la cinquième vertèbre sur la sixième. L'indication était de réduire. Voici comment M. Parisot procéda :

Il fit asseoir la malade sur le plancher, un aide fut chargé de maintenir les deux épaules, un autre de fixer les jambes. Le chirurgien, se plaçant derrière, saisit vivement avec les deux mains la mâchoire inférieure, tandis

que les deux pouces étaient arc-boutés contre les apophyses mastoïdes, éleva lentement la tête, puis tout à coup imprima un mouvement brusque de dehors en dedans. Un craquement se fit entendre, la malade éprouva un grand soulagement, et, dans sa joie, elle se mit à tourner le cou. Mais les phénomènes de paralysie n'avaient pas disparu. La malade fut remise dans son lit, la tête étendue sur un plan horizontal et soumise à une extension à l'aide d'un poids de 2 kilogrammes que suspendaient au pied du lit les deux chefs d'une bande fixée sur la mâchoire et ramenée au sommet de la tête. Cet appareil procura un grand soulagement ; son application fut continuée pendant quinze jours ; dès qu'on l'enlevait, dans les premiers moments, les fourmillements reparaissaient et la malade le réclamait. Le lendemain de la réduction, les phénomènes de paralysie du mouvement avaient cessé. Le traitement consista, outre l'appareil, dans l'application de vingt sangsues et de lotions froides, et dans l'administration de purgatifs salins. La guérison était obtenue le dix-septième jour. (*Compte rendu de la Société de méd. de Nancy*, 1863-1864.)

Aiguilles à sutures métalliques. M. Charrière complète la présentation de ses aiguilles destinées à simplifier les sutures métalliques, en donnant leur figure et en indiquant l'emploi avantageux qui en a été fait par M. Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, pour une opération de staphyloraphie, et par M. Labbé, à la Salpêtrière, pour une fistule vésico-vaginale ; opérations postérieures à l'emploi qui en avait été fait par M. Péan, à la Charité.



Description des figures.

A. Aiguilles tubulées, divisées en deux et formant deux gouttières su-

perposées, dans lesquellos on peut introduire des fils métalliques de grosseurs variées. Leur action peut être comparée à un lardoir, et les pointes se font également en fer de lance.

B. Aiguilles vues montées dans toutes les directions, sur une pince de M. Sims, ou tout autre porte-aiguilles.

C. Point d'arrêt modèle Charrière, qui s'applique à toutes les pinces, portant des anneaux ou autres porte-aiguilles.

DD. Aiguilles à chas aveo deux cannelures profondes, pour loger le fil métallique sans saillie. (*Académie de médecine.*)

Inoculation du tubercule. Il n'y a aucune affection qui ait été l'objet d'autant de travaux que la phthisie, et cependant sait-on bien quelle est sa nature et sa cause intime? C'est pour élucider cette question que M. Villemin professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg a entrepris des expériences qui lui ont montré que le tubercule s'inocule très-bien de l'homme au lapin. Voici comment il agit : il prend plusieurs lapins du même âge, vivant dans les mêmes conditions, et inocule à deux d'entre eux, par une plaie sous-cutanée pratiquée derrière l'oreille des fragments de tubercule pris à l'autopsie d'un phthisique. Au bout de trois mois les lapins sont sacrifiés, les poumons et d'autres organes (reins, intestins) sont parsemés de tubercules, les autres lapins qui mnuraient de la même façon ne présentent aucune altération de ce genre. Cette expérience, repétée plusieurs fois, a toujours donné les mêmes résultats. Aussi M. Villemin se croit-il en droit de poser les conclusions suivantes :

La phthisie pulmonaire (comme les maladies tuberculeuses en général), est une affection spécifique.

Sa cause réelle réside dans un agent inoculable.

L'inoculation se fait très-bien de l'homme au lapin.

La tuberculose appartient donc à la classe des maladies virulentes et dovra prendre place, dans le cadre nosologique, à côté de la syphilis, mais peut être plus près de la morve et du farcin.

La phthisie une affection virulente inoculable! Est-ce bien possible? Nous attendrons de nouvelles recherches pour nous prononcer. (*Académie des sciences.*)

VARIÉTÉS.

Bulletin du choléra. — L'espèce de recrudescence qu'on avait crainte pendant la dernière quinzaine n'a pas eu de suite. Du 14 au 18 les entrées et la mortalité s'étaient maintenues à un chiffre à peu près égal, et un peu plus élevé que les jours précédents ; mais à partir du 18 les admissions et les décès ont diminué dans la même proportion. A moins d'une reprise que l'abaissement de la température ne saurait laisser prévoir, on peut considérer l'épidémie comme touchant à sa fin. Le 20 et le 21, il n'y a eu aucune admission nouvelle dans les hôpitaux, et le chiffre total des décès cholériques n'a été que de 5 en ville.

M. Bouley (Henri), membre de l'Académie impériale de médecine, vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur. Cette distinction, si bien justifiée par le zèle intelligent et le rare dévouement dont a fait preuve le savant professeur d'Alfort pour préserver la France de l'invasion du typhus des bêtes à cornes, a été accueillie par la satisfaction générale.

M. le docteur Courty, professeur titulaire de la chaire d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur titulaire

de la chaire de clinique chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Alquié, décédé.

L'Académie de médecine a procédé dans l'avant-dernière séance à la nomination de son bureau pour l'année 1866.

Ont été élus : Président, M. Bouchardat.
Vice-président, M. Tardieu.
Secrétaire annuel, M. Béclard.
1er membre du conseil, M. Michon.
2e membre du conseil, M. Hurard.

La Société de chirurgie a ainsi constitué son bureau :

M. Giraldès, vice-président pour l'année 1865, a été élu président pour l'année 1866.

M. Follin a été nommé vice-président.

MM. Guyon et Dolbeau, secrétaires annuels.

Les autres membres du bureau, M. le trésorier et M. l'archiviste, ont été maintenus dans leurs charges par acclamation.

Le concours des prix de l'Internat s'est terminé de la façon suivante : *première division.* — Prix (médaille d'or) : M. Damaschino. — Accessit (médaille d'argent) : M. Rigal. — Première mention : MM. Bergeron (Georges), Lemattre, Ledentu. — Deuxième mention : MM. Duguet, Terrier, Nicaise.

Deuxième division. — Prix (médaille d'argent) : M. Delens. — Accessit (livres) : M. Choyau. — Première mention : M. Vigier. — Deuxième mention : M. Gadaud.

Voici la liste des élèves nommés internes des hôpitaux de Paris à la suite du dernier concours :

1 Dieulafoy, 2 Lépine, 3 Lévêque, 4 Souchon, 5 Lafont, 6 Gillot, 7 Jolly (Jacques), 8 Fontaine, 9 Herbert, 10 Prompt, 11 Rathery, 12 Bruté, 13 Gavillet, 14 Lebeuf, 15 Lediberder, 16 Landrieux, 17 Mouchet, 18 Lucas-Championnière, 19 Reverdin, 20 Machenaud, 21 Wiart, 22 Camille Carville, 23 Nepveu, 24 Lelong, 25 Schweich, 26 Voyet, 27 Laburthe, 28 Duprat, 29 Nottin, 30 Aubrun, 31 Bourneville, 32 Casaubon, 33 Laurent, 34 Chantreuil, 35 Tardieu, 36 Habron, 37 Liouville, 38 Chevillon, 39 Marié, 40 Olivier, 41 Boussard, 42 Laugier.

Liste des élèves nommés internes provisoires :

1 Chamaillard, 2 Delbarre, 3 Bourgeois, 4 Valentin, 5 Rousseau, 6 Attimont, 7 Bassereau, 8 Hallopeau, 9 Derlon, 10 Candellé, 11 Saison (Constant), 12 Saison (Félix), 13 Delfau, 14 Quinquaud, 15 Langlet, 16 Raynaud (Cyprien), 17 Legée, 18 Raymond, 19 Labadie-Lagrave, 20 Reynaud (Maximin), 21 Blum, 22 Lecouteux, 23 Sautereau, 24 Ladevèze, 25 Magdelain, 26 Allaing, 27 Larmonde, 28 Bax.

A la suite du concours pour deux cents places d'externes des hôpitaux ont été nommés : MM. 1 Droin, Carrive, Lagrelette, Roulet, Marchand, Foucault,

Demon, Michaud, Renault (H.), Maurice, Bottentuit, Shlumberger, Vaslin, Berger, Labory, Renault (Ch.), Stoppin, Lepiez, Pellat.

20 Cooke, de Montmeja, Leteinturier, Sevestre, Bourée, Ancel, Dantaynau' Ducastel, Bellon, Defont-Réaulx, Tribes, Grancher, Paillard, Chauvin, Frémy, Kohn, Flamin, Labat de Lambert, Ciaudo, Joliecœur.

40 Blanc, Gschwender, Conan, Bachelet, Ferre, Moisson, Rigaud, G. Jourjon, Hallez, Rubé, Theveny, Gros, Leblond, Casteran, Aly-Fahmi, Montfort, Legros, Colignon, de Wyn, Maguin.

60 Colmettes, Fichot, Desmeule, Maurel, Ibrahim-Sabri, Dumaz, Deshayes, Bouillon-Lagrange, Capné, Couillard, Defoin, Girard, Bindé, Rosapelly, Lepileur, Mohammet-Hafiz, Montaignac, Charpentier, Suchard, Pontou.

80 Pronowski, Delamarre, Malassez, Guenon des Menars, Bouamy, Claveric, Gourdon, Lapeyre, Gombault, Petit (H.), Brunel, Castiaux, Mahmoud-Rouchdi, Deruelle, Feraud, Tacheron, Bertraud, Deeaux, Fouilloux, Bollenat.

100 Depallier, Veyssière, Colette, Levraud, Bayonne, Massaloux, Angelot, Hassan-Mahmoud, Lecocounier, Materne, Delanegrie, Haynaut, Cavalier de Cuverville, Picard, Chenieux, Crouzet, Davedoghe, L'otz, Dugoullay, Delarue.

120 Proust, Reyes y Zamora, Barthelemy, Leboucher, Desalle, Spillmann, Naudier, Bolze, Joffroy, Sercé, Picard, Latif-Iglia, Culot, Loumaigne, Mauquié, Jacquier, Leroy, Guichard, Ahmed-bey, Bremond.

140 Ravy, Mustapha-Faigd, Ibrahim-Hanan, Gaillard, Lacomb, Lepiez (A.), Giroud, Oulié, Decornière, Voury, Filleau, Sales, Jouen, Bauet, Rigoine, Larue, Thevenon, Bevierre, Desommes, Girod, Gieure.

160 Enguehard, Raingeard, Tillais, Regnault (P), Bouyé, Gaye, Plateau, Varet, Lome, Blet, de Pressigny, Lauvinerie, Sautarel, Devillez, Petitjean, Clément, Vardou, dit Durozier, Follet, Ferrand, Gayez.

180 Carret, Vidil, Boile, Watelle, Boucherie, Chassaigne, Gainet, Rouchon, Desfosses, Boutier, Delarageot, de Franco, Nisseron, Poumeau, Briquebec, Stobon, Miot, Baillard, Etchecoin, Durand.

200 Furon, Garcin.

A la suite des troubles qui ont eu lieu à l'Ecole de médecine, M. Tardieu a donné sa démission de doyen de la Faculté. Nous le regrettons vivement, car les élèves trouveront rarement un doyen aussi dévoué à leurs intérêts.

Clinique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — Le docteur Ch. Fauvel a recommencé son cours public, rue Visconti, 18 (ancienne rue des Marais Saint-Germain), mardi et samedi, de dix heures à midi. L'éclairage du miroir laryngicu s'obtient au moyen de la lumière éclatante de Drummond, ce qui permet à plusieurs personnes de voir en même temps.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE-NEUVIÈME VOLUME.

A

B

N

O

P

R

S

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-NEUVIÈME.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.